

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 VIDEREUD-
DANNELSE 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.: 22002546-42
DIREKTE TLF.: 38 66 99 31 SAGSGRP.: 02.04.04
E-MAIL: Lise.m@regionh.dk DERES J. NR./REF.: DATO: 17. februar 2023

Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse ØST

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

Mødet afholdes:

Mandag den 27. februar 2023 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)
 Lisbet Ravn (Region Hovedstaden) - AFBUD
 Thomas Høi-Hansen (Region Hovedstaden) - AFBUD
 Marit Bucarella (Region Sjælland) - AFBUD
 Dan Brun Petersen (Region Sjælland)
 Henrik Stig Jørgensen (Region Sjælland) - AFBUD
 Kim Holck (Uddannelsesgivende Region Hovedstaden)
 Susanne Wammen (Uddannelsesgivende Region Hovedstaden – FAS)
 Janne Wilmar (Uddannelsesgivende Region Sjælland - psykiatri)
 Nhat Ngo suppl. for Connie Dydensborg (uddannelsesgivende almen praksis Region Hovedstaden)
 Helge Madsen (Uddannelsesgivende almen praksis Region Sjælland - PLO)
 Sofie Nancy Glud Heiredal (Uddannelsessøgende Region Sjælland)
 Jean Perit Strandlod (Uddannelsessøgende Region Sjælland) - AFBUD
 Jonas Olsen (Uddannelsessøgende Region Hovedstaden - YL)
 Sarah Chehri (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)
 UKO Anita Sørensen

Inviterede:

Koncerndirektør Jesper Gyllenborg - AFBUD
 Vicedirektør Annemarie Hellebæk - AFBUD
 Vicedirektør Ida Hageman - AFBUD
 PKL-gruppen
 Sekretariatets øvrige medarbejdere

Tidsplan:

Lokalet er tilgængeligt fra kl. 08.30. Alle inviterede er velkomne til først at komme 09.30.

09.00-09.50: Ordinært møde

09.55-10.40: Gruppedrøftelser som optakt til temamødet

10.40-11.00: Kaffe/the pause

11.00-12.00: Temadrøftelse - ”Revision af den lægelige videreuddannelse – status ”
 Oplæg ved Enhedschef Claus Malta Nielsen, Sundhedsstyrelsen

12.00-13.00: Frokost

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

Temadrøftelse - ” Revision af den lægelige videreuddannelse - status”

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.

Det vedlagte udkast til rapport ”Fremtidens speciallæge – ændring af den lægelige videreuddannelse” skal behandles på møde i Det Nationale Råd den 1. marts 2023. Den godkendte rapport vil efterfølgende blive sendt i høring i en bred kreds frem til udgangen af marts måned.

Efter bearbejdning af høringssvar vil den endelige udgave blive overleveret til Indenrigs- og Sundhedsministeriet sammen med et forslag til plan for implementering.

Ud over selve udkastet til rapport fremsendes bilagsmateriale i separat mail, da materialet fylder 588 sider.

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

Brugernavn: drr Adgangskode: øst

Som forberedelse til oplæg og efterfølgende debat indledes dagen med et kort gruppearbejde med følgende hovedoverskrifter og deltagere,

- Alle speciallæger skal kunne varetage hovedparten af specialets kerneopgaver, relevante opgaver i beslægtede specialer, kliniske generalistopgaver samt basale opgaver.
- Speciallægerne skal generelt have bedre generalistkompetencer og mere viden på tværs af somatiske og psykiatriske specialer.
- Der skal være en sammenhæng mellem uddannelsens varighed, kompetencemål og specialets kerneopgaver.
- Målbeskrivelserne skal indeholde relativt få, konkrete og helt centrale kompetencemål, som skal være operationaliserbare og målbare for uddannelse og kompetencevurdering i de kliniske enheder.

Gruppe 1

Kirsten Wisborg, Mette Nolde Malling, Lena Merete Taasti, Nhat Ngo, Emil Bartels, Randi Beier Holgersen, Sofie, Heiredal, Kristine Sarauw Lundsgaard, Barbara Bøgsted Knudsen og Lisbeth Selchau-Hansen

Gruppe 2

Dan Brun Petersen, Ole Kirk, Merete Christensen, Kirsten Holm, Barbara Holzknecht, Mia Rangholm, Lise Møller, Ulrik Dyrbye Hansen og Wendy Juul Mikkelsen

Gruppe 3

Doris Østergaard, Kim Holck, Trine Boysen, Tanja Weble, Åse Klemmensen, Mikkel Dorff, Tobias Kongstad, Karina Heuer Bach og Christina Nielsen

Gruppe 4

Tummas Garði, Anita Sørensen, Rikke Borre Jacobsen, Gerhard Tiwald, Tommy Öhlenschläger, Sarah Chehri, Birgitte Rønn, Nanna Helmer og Mette Hansen

Bilag:

Bilag 00.01 Fremtidens speciallæge – ændring af den lægelige videreuddannelse

Bilag 00.02 Bilagsrapport – OBS! er på 588 sider og fremsendes derfor separat

Dagsorden ordinært møde

1. Velkommen og godkendelse af dagsorden (5 min.)
2. Godkendelse af referat af møde den 1 december (3 min.)
3. Indstillinger fra specialet Urologi (5 min)
4. Indkomne Inspektorrapporter mm. siden sidste møde (15 min.)
5. Orienteringspunkter (5 min.)
 - a. Dagsorden for møde i NRLV den 1. marts 2023
 - b. Opgørelser til SST pr. 1. november 2022
 - c. Høringssvar vedr. forslag om ændret vejledning for merit i Akutmedicin
 - d. Høringssvar Dimensioneringsplan 2024-2028
 - e. Status for ansættelse af PKL i 2023
6. Nyt fra Region Sjælland, Region Hovedstaden, Færøerne og PKL (10 min.)
7. Planlægning af næste møde mandag den 6. juni 2023 (3 min)
8. Eventuelt (2 min.)



Fremtidens speciallæge

— ændring af den lægelige
videreuddannelse

Rapport (udkast) 15/2 2023

© Sundhedsstyrelsen, 2023.
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: 2
Versionsdato: 15.02.23
Format: pdf
Foto: [Tekst] – og;

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
[Måned og år]

Indholdsfortegnelse

Resume (Summary).....	5
Anbefalingsoverblik	7
1. Introduktion	8
1.1. Baggrund og formål	8
1.2. Proces for revisionen	9
1.3. Læsevejledning	9
1.4. Ordliste	10
2. Baggrund	14
2.1. Formalisering af videreuddannelsen	14
2.2. Kvalitetsudvikling og øget kapacitet i den lægelige videreuddannelse i årene 1970-2000	15
2.3. Udvikling af videreuddannelse siden årtusindeskiftet	21
2.4. Forandringer i sundhedsvæsenet	26
3. Den lægelige videreuddannelse i dag	31
3.1. Det retslige grundlag	31
3.2. Opbygning	33
3.4. Specialestruktur	36
3.5. Indhold og læring	39
3.6. Den teoretiske uddannelse - kurser	41
3.7. Prognose og dimensionering	43
3.8. Organisering og styring	46
3.9. Kvalitetssikring og -udvikling	48
3.10. Grunduddannelsen - medicinstudiet	50
3.11. Efteruddannelse	53
3.12. Lægelig videreuddannelse i udlandet	55
4. Viden og data	58
4.1. Vidensgrundlag	58
4.2. Demografi, folkesundhed og sygdomsmønstre (aktivitet og data)	69
4.3. Aktivitet og data – Sundhedsvæsenet	76
4.4. Aktivitet og data – Lægelig uddannelse og arbejdsmarked	77
5. Udfordringer og muligheder	90
5.1. Den demografiske udvikling og multisygdom	91
5.2. Specialisering og fragmenterede sundhedsydelser	91
5.3. Øget aktivitet og mindsket robusthed i sundhedsvæsenet	92
5.4. Ulighed i sundhed	93
5.5. Mentalt helbred og psykisk sygdom	93
5.6. Primærsektoren	94
5.7. Lægelivet og det lægelige arbejdsmarked	95
5.8. Den teknologiske og faglige udvikling	96
5.9. En øget aktivitet uden for det offentlige sygehusvæsen	96
6. Anbefalinger	98
6.1. Den fremtidige speciallægeuddannelses mål	98
6.2. Opbygning af den lægelige videreuddannelse	101
6.3. Speciale- og målbeskrivelser	104
6.4. Uddannelsesfleksibilitet	107
6.5. Lægeroller	109

6.6. Specialestruktur	111
6.7. Lægelig efteruddannelse	119
6.8. Gennemførelse af speciallægeuddannelse i kliniske enheder	123
6.9. Kompetencevurdering	125
6.10. Kurser	127
6.11. Forskningstræning	129
6.12. Organisering og styring	130
6.13. Evaluering, kvalitetssikring- og udvikling	133
6.14. Prognose og dimensionering	134
6.15. Inddragelse af andre aktører i videreuddannelsen	136
Referencer	138
Gældende regelgrundlag for den lægelige videreuddannelse	147

Udkast

Resume (Summary)

Dygtige sundhedspersoner, herunder speciallæger, er centralt for et velfungerende sundhedsvæsen, der imødekommer befolkningens behov nu og i fremtiden.

Speciallægekompetenceniveauet er det kompetenceniveau, som den lægelige behandling i sundhedsvæsenet er baseret på, og speciallægeanerkendelse er det kvalifikationsniveau, der giver mulighed for fastansættelse i sundhedsvæsenet.

Sundhedsvæsenet er højt prioriteret i Danmark, og samfundets investeringer i speciallæger via uddannelse og løn er betydelige. Det er vigtigt, at de kompetencemål, speciallægerne uddannes efter, matcher samfundets behov og er afstemt med opgaverne i sundhedsvæsenet.

Den demografiske udvikling medfører, at der vil være relativt færre i den arbejdsdygtige alder til at tage sig af flere ældre og syge. De seneste årtiers store sundhedsfaglige fremskridt har medført, at mange lever længere med sygdomme, de ellers tidligere ville dø af. Fx er kræft og hjertesygdomme i en vis forstand også blevet kroniske sygdomme. Sundhedsvæsenet skal således fastholde den gode faglige udvikling og samtidig håndtere, at stadig flere i fremtiden vil leve med kroniske sygdomme.

Det er derfor et mål, at mange af fremtidens speciallæger får tilstrækkelig faglig bredde og klinisk generalistkompetence til at arbejde alsidigt og forholde sig til en stor del af patienternes problemstillinger, der knytter sig til multisygdom.

Forventningerne til, hvad speciallægerne skal kunne og arbejde med, skal være tydelige allerede ved indgangen i speciallægeuddannelserne. Specialernes kerneopgaver og speciallægernes opgaver skal fastlægges i nye specialebeskrivelser og danne grundlag for opdaterede målbeskrivelser, der skal sættes i sammenhæng med beslægtede specialer.

Kompetencefællesskabet i speciallægeuddannelserne skal øges, og der skal skabes en mere klar sammenhæng mellem, hvad speciallægerne forventes at arbejde med, og hvad de uddannes til. Det kræver en gennemgribende revision af uddannelserne, herunder også kurserne. Fremover skal fælles kompetencemål fastlægges i samarbejde mellem specialer, ligesom uddannelsesforløb og kurser skal fastlægges efter målet om mere fællesskab, større faglig bredde og flere kliniske generalistkompetencer.

En stor del af fremtidige speciallæger skal således lære og vedligeholde kompetencer til at behandle hyppigt forekommende tilstande, mens de også skal have kompetencer til at varetage mindre hyppige og specialiserede opgaver. Tempoet i den faglige udvikling må forventes fortsat at være meget høj, så prioritering af efteruddannelse og livslang læring er vigtig.

Det nuværende medicinsk-pædagogiske paradigme med syv lægeroller udgør et solidt grundlag for udviklingen af fremtidens speciallægeuddannelser. Læringen og kompetencevurdering skal ske tæt knyttet til patientbehandlingen, og der skal være systematisk kompetencevurdering i alle videreuddannelsesforløb. Det er fortsat vigtigt, at speciallægerne har bredere kompetencer end beskrevet i rollen som den medicinske ekspert. Derfor skal de syv lægeroller – i en moderniseret udgave – fortsat udgøre grundlaget for, hvad fremtidens speciallæger skal kunne.

Lægefaget er populært, og i de senere år er optaget på medicinstudierne øget markant. Overgangen fra at være medicinstuderende til læge er et afgørende skifte, som samtidig kan være udfor-

drende, hvorfor den kliniske basisuddannelse fortsat er vigtig. Et travlt sundhedsvæsen og forventningen til de unge læger om at træffe beslutninger, der er afgørende for menneskers ve og vel, stiller store krav. Derfor skal sammenhængen mellem grunduddannelsen og det kliniske arbejde styrkes. En national kompetenceprofil skal give medicinstudierne et klinisk mål at uddanne studerende efter, så de er godt rustet til at tage kitlen og ansvaret på sig efter studiet.

Den nationale dimensionering af speciallægeuddannelserne medvirker til at balancere hensynene til, at der i fremtiden er tilstrækkeligt med læger i alle områder og specialer, og ressourcerne til uddannelse af læger anvendes hensigtsmæssigt. Der bør være flerårige aftaler om koordination af optaget på medicinstudierne og kapaciteten i videreuddannelsen. Det faglige grundlag for dimensioneringen af videreuddannelsen skal styrkes med udviklingen af en efterspørgselsprognose for at få et solidt planlægningsgrundlag.

Organiseringen og styringen af den lægelige videreuddannelse involverer mange aktører. Den nuværende nationale og regionale struktur bevares, da den understøtter en koordinering af uddannelsesforløb i blokstillinger på tværs af afdelinger, regioner og specialer og samtidig giver mulighed for at udnytte og udvikle de uddannelsesmuligheder, der er lokalt og regionalt inden for overordnede rammer. Kvaliteten af videreuddannelsen skal være høj over hele landet. Der skal arbejdes mere struktureret med kvalitetsudvikling af videreuddannelsen både nationalt, regionalt og i almen- og speciallægepraksis, der understøtter en effektiv og patientsikker uddannelse af speciallæger.

Anbefalingsoverblik

Anbefalinger

1. Kompetenceniveau for speciallægeanerkendelse
2. Klinisk kompetenceprofil for nyuddannede læger og bevarelse af klinisk basisuddannelse
3. Videreuddannelsens varighed
4. Nationale specialebeskrivelser der beskriver kerneopgaver
5. Nye målbeskrivelser der styrker fælles kompetencer
6. Fleksibilitet og merit
7. Modernisering af de syv lægeroller
8. Nye kriterier for specialer
9. Oprettelse af funktionsmodel med fælles uddannelsesindhold for Klinisk biokemi, Klinisk immunologi og Klinisk mikrobiologi
10. Modernisering af funktionsmodellen i intern medicin
11. Flere fælles kompetencer i de kirurgiske speciallægeuddannelser
12. Det akutmedicinske speciale
13. Efteruddannelse der styrker speciallægekompetencen
14. Fagområdeuddannelser og fagområdekrævier
15. Systematisk kompetencevurdering i alle videreuddannelsesforløb
16. Tilpasning af specialespecifikke og generelle kurser
17. Forskningstræning erstattes af kursus i anvendelse af forskning og kvalitetsarbejde
18. Medicinsk pædagogisk understøttelse af uddannelsesopgaven
19. Kvalitetsudvikling af den lægelige videreuddannelse i almen- og speciallægepraksis
20. Koordineret dimensionering og prognose

1. Introduktion

1.1. Baggrund og formål

En gennemgribende revision af den lægelige videreuddannelse skete omkring årtusindeskiftet da Speciallægekommissionen udgav betænkningen 'Fremtidens Speciallæger' (Speciallægekommissionen 2000). Udgivelsen var paradigmesættende med blandt andet indførelsen af kompetencebaseret uddannelse, hvor læring og kompetencevurdering overvejende sker i en klinisk sammenhæng, og indførelse af de syv lægeroller. Anbefalingerne fra Speciallægekommissionen har siden været fundamentet for den lægelige videreuddannelse i Danmark.

De faglige, organisatoriske og teknologiske rammer for sundhedsvæsenet har siden udviklet sig, og det samme har forventningerne til speciallægenes kompetencer og sundhedsvæsenets indsatser. De seneste to årtiers udvikling af behandling af store folkesygdomme har bidraget væsentligt til, at mange mennesker i dag lever med sygdomme, som de tidligere ellers ville dø af. Disse sygdomme og følgetilstande kan ofte give behov for yderligere behandling og opfølgning. Samtidig stiger antallet af ældre mennesker forholdsmæssigt mere end antallet af mennesker i den arbejdsdygtige alder, og færre skal derfor tage sig af flere i fremtiden. Det udfordrer hele velfærdsområdet, og det vil udfordre den måde, læger arbejder på og sammenhængen, de skal gøre det i.

På den baggrund har Sundhedsstyrelsen fundet behov for at revidere rammerne for den lægelige videreuddannelse i et langsigtet, tyveårigt perspektiv. Det er påkrævet med en grundig refleksion over mål og rammer, da det er en kritisk personaleressource, og videreuddannelsen til speciallæge tager minimum 6-7 år.

Nærværende revision omhandler den lægelige videreuddannelse, og da videreuddannelsen er en delmængde af lægers livslange læringsforløb, er de omkringliggende læringsforløb – medicinstudierne og efteruddannelse af speciallæger – også behandlet i revisionen for at understøtte, at der er sammenhæng mellem de forskellige deles formål mv.

Hensigten med de nye anbefalinger er at bidrage til, at sundhedsvæsenet imødekommer de behov, som befolkningen vil have i et tyveårigt perspektiv. Anbefalingerne skal medvirke til at skabe adgang til sundhed og behandling. Den lægelige videreuddannelse skal derfor tilpasses for, at sundhedsvæsenet løbende følger med den demografiske udvikling og ændringer i sygdomsbilledet samt den teknologiske udvikling, som har indvirkning på behov og muligheder for behandling.

Revisionen skal sætte rammer og retning for den lægelige videreuddannelse, så den lægelige videreuddannelse bidrager til:

- Alsidighed – at flere læger får større bredde i deres kompetencer
- Flexibilitet – en mere fleksibel uddannelse, og at læger mere fleksibelt kan løse opgaver
- Faglighed – læger udvikler kompetencer, der betyder, at behandlingskvaliteten er høj

Anbefalingerne retter sig mod en række temaer i tilknytning til den lægelige videreuddannelse, herunder struktur og opbygning af videreuddannelse, form og indhold, samt styring og kvalitetssikring af videreuddannelse.

Anbefalingerne har en bred målgruppe. Kendskabet til anbefalingerne er naturligvis af central betydning for medicinstuderende og læger, da rammerne for speciallægeuddannelserne er vigtige for at forstå mulighederne i deres lægelige arbejdsliv. Samtidigt er kendskabet centralt for de personer,

der arbejder med lægelige videreuddannelse, fx i uddannelsesansvarlige overlæger, inspektorer, personale i de tre videreuddannelsesregioner, de specialebærende selskabers uddannelsesudvalg.

Da videreuddannelsen foregår overalt i sundhedsvæsenet og i tæt relation til patientbehandlingen er kendskabet også vigtigt for andre faggrupper i sundhedsvæsenet, ligesom patienter skal vide, hvorfor og hvordan, behandlingen indgår som en del af uddannelsen af fremtidens speciallæger.

1.2. Proces for revisionen

Sundhedsstyrelsen og det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse har gennem de senere år oplevet et stigende behov for at gennemføre en ny gennemgribende revision af den lægelige videreuddannelse i og med, at større principielle spørgsmål har meldt sig i takt med den faglige udvikling og udviklingen i befolkningen og sundhedsvæsenet.

Med revision menes der i denne sammenhæng, at alle væsentlige elementer for videreuddannelsen vurderes med hensyn til formål, indhold, opbygning, struktur og rammer, og at der ikke blot laves nogle få nedslagspunkter. Det betyder, at der tages aktivt stilling til, hvilke elementer der fastholdes, ændres markant eller kun justeres let.

I foråret 2020 orienterede sundhedsministeren Folketinget om igangsættelse af Sundhedsstyrelsens arbejde med revision af den lægelige videreuddannelse. Kommissoriet for revisionen var blevet udarbejdet på baggrund af drøftelser i det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse, og processen har været gennemført i regi af fire arbejdsgrupper med forskellige temaer.

Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse har fungeret som ekstern styregruppe for arbejdet. Der har været tilstræbt en bredt involverende og transparent arbejdsproces, og undervejs har eksperter bidraget med oplæg, analyser og forslag.

Revisionen er gennemført i perioden fra august 2020 til foråret 2023. Imidlertid var revisionen på lavt blus fra efteråret 2020 til sommeren 2021 grundet covid-19 epidemien og vaccinationsudrullingen, som påvirkede hele sundhedsvæsenet og samfundet i øvrigt.

Det følger af gældende rets- og regelgrundlag, at en udarbejdelse af anbefalinger til en revision af den lægelige videreuddannelse forestås af Sundhedsstyrelsen med rådgivning fra det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse. Anbefalingerne er karakteriseret som rådgivning til indenrigs- og sundhedsministeren og for så vidt angår overgangen til den kliniske basisuddannelse også rådgivning til uddannelses- og forskningsministeren.

1.3. Læsevejledning

Rapporten er udarbejdet, så den både kan læse sammenhængende og fungere som et opslagsværk, hvor det vil være muligt at fremsøge overvejelser om de forskellige emner. Rapporten består af nærværende hovedrapport og en bilagsrapport med analyser og centralt materiale.

Hovedrapporten er opbygget således, at:

- i kapitel 2-4 beskrives grundlaget for anbefalingerne med et historisk oprids i kapitel 2, en beskrivelse af den aktuelle lægelige videreuddannelse i kapitel 3 og en gennemgang af viden og evidens om emner i den lægelige videreuddannelse samt relevante aktivitets- og dataopgørelser i kapitel 4
- i kapitel 5 beskrives med afsæt i kapitel 2-4 de overordnede udfordringer og muligheder, der præger sundhedsvæsenet og videreuddannelsen

- i kapitel 6 gennemgås de centrale elementer i 15 selvstændige afsnit, der hver indledes med kort beskrivelse af status inden for området, udfordringer og herefter anbefalinger; af hensyn til formidlingen af udvalgte centrale anbefalinger er 20 af disse nye titag grafisk fremhævet i bokse, men anbefalinger, som ikke er fremhævet i bokse, har samme gyldighed

I gennem rapporten henvises til en række notater mv., der indgår i grundlaget for anbefalingerne. Disse notater tjener som dokumentation for overvejelser i arbejdsgrupperne og i udarbejdelsen af anbefalingerne. Der henvises til bilagsrapporten, hvor disse er samlet.

I rapporten anvendes eksempler fra det kliniske arbejde med patienter i det behandlende sundhedsvæsen. Klinisk arbejde skal her forstås i bredest mulige forstand og omfatter også eksempelvis retsmedicin og samfundsmedicin for at lette formidlingen.

1.4. Ordliste

I rapporten bruges en række betegnelser og definitioner der dækker over følgende:

Almen medicinsk uddannelseskoordinator (AMU): Speciallæge i almen medicin, der har til opgave at koordinere og udvikle uddannelsesaktiviteter inden for almen medicin i regionen. Sikrer blandt andet godkendelse af uddannelsesfunktion i den enkelte praksis.

Basale opgaver: Opgaver indenfor blandt andet vurdering, initial behandling, kommunikation, varetagelse af konsultation, udskrivelse og vagtfunktion, der blandt andet læres i kliniske basisuddannelse med henblik på opnåelse af tilladelse til selvstændigt virke.

Behandling: Bruges i rapporten med udgangspunkt i Sundhedslovens brede definition af behandling (§ 5), som blandt andet omfatter undersøgelse, diagnosticering og sygdomsbehandling i forhold til den enkelte patient.

Blokansættelse: Uddannelsesforløb, hvor uddannelseslægen er ansat i flere stillinger efter hinanden på flere afdelinger/enheder. Den kliniske basisuddannelse og hoveduddannelsesforløb er blokansættelser.

Den yngre almen medicinske uddannelseskoordinator (DYNAMU): Uddannelseslæge(r) i almen medicin kan tildeles funktionen og indgår i løsning af uddannelsesopgaven i almen praksis regionalt sammen med almen medicinske uddannelseskoordinatorer og postgraduate kliniske lektorer.

Dimensionering: Fastlæggelse af antallet af introduktions- og hoveduddannelsesforløb fordelt på specialer og geografiske områder.

Ekspertuddannelse: Et uddannelsesforløb, der har til hensigt at give en speciallæge kompetencer til varetagelse af en klinisk funktion, der kræver helt særlige kompetencer (ekspertområde).

Enhedsmodel: En specialestruktur, eller dele af en specialestruktur, hvor specialerne er opbygget med selvstændige uddannelsesforløb uden fælles uddannelsesindhold.

Faglig profilering: Erhvervelse af kompetencer inden for et speciales opgaveområde, hvad enten det sker gennem en systematisk og formaliseret faglig profilering i et uddannelsesforløb, eller det sker gennem interesse, arbejde, forskning mv. Betegnelsen dækker over det, der i nogle lande/andre sammenhænge betegnes som subspecialer.

Fagområde: Tværgående områder/kliniske funktioner, hvortil speciallæger fra forskellige speciale kan varetage opgaver.

Fleksforløb: Ubesatte hoveduddannelsesforløb, der kan konverteres til andre hoveduddannelsesforløb i andet speciale.

Funktionsmodel: En specialestruktur, eller dele af en specialestruktur, hvor grupper af specialer er integreret således, at uddannelsesforløbene indeholder et klart afgrænset fælles uddannelsesindhold og typisk også fællesuddannelsesforløb eller uddannelsesforløb, der kan være adgangsgivende til hoveduddannelsesforløb på tværs af funktionsmodellen.

Gennemførelstid: Tidsinterval fra autorisation til speciallægeanerkendelse.

Generalistopgave: Generelle opgaver, der ikke hører til på specialistniveau, som kan løses af læger dér, hvor patienten er.

Generalistkompetencer: Kompetencer der gør det muligt at varetage generalistopgaver og opgaver i beslægtede specialer, som er hyppige ifm. varetagelsen af eget speciales kerneopgaver.

Hovedfunktionsniveau: Varetagelse opgaver af begrænset kompleksitet, hvor såvel sygdommene som sundhedsvæsenets ydelser er hyppigt forekommende, og hvor ressourceforbruget ikke giver anledning til en samling af ydelserne på specialfunktionsniveau.

Hovedvejleder: Speciallæge eller uddannelseslæge, der hjælper og vejleder uddannelseslægen i alle uddannelsesrelaterede forhold under ansættelsen. Hvis hovedvejlederen er uddannelseslæge, skal denne være på et højere uddannelsesstrin end vejledte uddannelseslæge.

Kandidatalder: Betegner intervallet fra opnået autorisation til påbegyndelse af hoveduddannelsesforløb.

Klinisk kompetenceprofil: National standard for nyuddannede lægers kliniske kompetenceprofil der tydeliggør hvilke opgaver, de skal kunne varetage, når de påbegynder den klinisk basisuddannelse.

Klinisk arbejde: Lægefagligt arbejde i det behandlende sundhedsvæsen.

Kliniske enheder: Organisatoriske enheder i sundhedsvæsenet, der varetager patientbehandling

Klinisk træning: Uddannelsesaktivitet på de dele af lægestudiet, der er henlagt til ophold på kliniske afdelinger, almen praksis mv. med henblik på erhvervelse af kendskab og kompetencer i lægeligt og klinisk arbejde. Begrebet er valgt frem for den passive betegnelse 'klinisk ophold' for at lægge vægt på formålet, dvs. træningen i kliniske kompetencer/virke.

Kompetence: Lægens evne til at udføre de opgaver og udfylde de roller, der forventes på et givet tidspunkt i lægens professionelle udvikling. Kompetencebegrebet omhandler viden, færdigheder og holdninger.

Kurser: Læringsaktiviteter i videreuddannelsen, der ikke foregår som klinisk læring. Er kendetegnet ved tre elementer: at der skal opnås en (eller flere) bestemte kompetencer, at der er afsat tid til kompetenceopnåelse og at der indgår mulighed for fordybelse og refleksion. Det kan fx være selvstudiedage, projektopgaver, forskningstræning, simulation og konventionelle teoretiske kurser.

Lægelig efteruddannelse: Den samlede livslange læringsproces, der følger efter speciallægeanerkendelsen.

Lægelig videreuddannelse: Består af den kliniske basisuddannelse og speciallægeuddannelsen. Speciallægeuddannelsen består af introduktionsforløb og hoveduddannelsesforløb.

Lægeprognose: Beregning af udbuddet af læger og speciallæger i arbejdsstyrken. Kan kompletteres med beregning (fx simulation eller fremskrivning) af behovet for læger og speciallæger.

Læring i klinisk arbejde: Den læring, der sker i forbindelse lægeligt arbejde i klinisk basisuddannelse (KBU) og i alle speciallægeuddannelsesforløb, også selv om der ikke er tale om ansættelse i en klinisk afdeling.

Medicinsk-pædagogik: Den forskningsbaserede lære om kompetenceudvikling af sundhedsprofessionelle, herunder også læreprocesser, vurdering af kompetencebehov og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb samt evaluering.

Medicinstudierne: Bruges som betegnelse for bachelor- og kandidatuddannelsen i medicin, der udbydes på de sundhedsvidenskabelige fakulteter.

Målbeskrivelse: Angiver de kompetencer, som kræves for at opnå tilladelse til at betegne sig som speciallæge i det enkelte speciale. De angivne kompetencer skal være veldefinerede og mulige at kompetencevurdere. Målbeskrivelsen udarbejdes af de specialebærende selskaber og godkendes af Sundhedsstyrelsen, og skal revideres så kompetencemålene er opdaterede.

Overbygningsmodel: En specialestruktur, eller del af en specialestruktur, hvor der er grenspecialer med tilhørende uddannelsesforløb som overbygning på grundspecialer.

Postgraduat klinisk lektor (PKL): Speciallæge med viden om medicinsk pædagogik som ansættes af universitet og videreuddannelsesregion til at udbrede god praksis ved tilrettelæggelse og gennemførelse af lægelig videreuddannelse og blandt andet rådgive det regionale råd og uddannelsesstederne om læring, pædagogik og kompetencevurdering i videreuddannelsen i et eller flere specialer. I Videreuddannelsesregion Syd bruges betegnelsen lektor i medicinsk pædagogik.

Pædagogisk udviklende funktion (PUF): Funktion i hver videreuddannelsesregion, hvis formål er at sikre og udvikle kvalitet og effektivitet i den lægelige videreuddannelse på afdelingsniveau. Funktionen består af postgraduate kliniske lektorer (lektorer i medicinsk pædagogik i Syd).

Regionale videreuddannelsesråd: De regionale råd i Øst, Syd og Midt-Nord for med ansvar for lægers videreuddannelse, der er nedsat af regionsrådene.

Sammenhængende uddannelsesforløb: Et uddannelsesforløb, der både indeholder klinisk basisuddannelse og introduktionsforløb eller klinisk basisuddannelse, introduktionsforløb og hoveuddannelsesforløb.

Speciale: Betegnelse med flere brugte betydninger afhængigt af sammenhængen. 1) En gren af det lægevidenskabelige område (*tilladelse til at betegne sig som speciallæge i et speciale*). 2) Speciallægeuddannelsen (*specialebærende selskaber udarbejder en målbeskrivelse for de enkelte specialer*). 3) Lægers tilhørsforhold til et fagligt område (*I vores speciale har vi fokus på at..*) 4) Synonym med kliniske afdelingers arbejdsområde (*Placeringen af specialfunktionerne under de enkelte specialer*).

Speciale: Et lægevidenskabeligt område, der udgør en tydelig afgrænset faglig enhed, som bl.a. understøtter løsningen af patienternes og befolkningens behov for sundhedsydelser i hele landet, og forudsætter en selvstændig videreuddannelse.

Specialebeskrivelse: Fastlægger specialernes kerneopgaver og opgaver med beslægtede specialer.

Specialebærende selskab: Et lægevidenskabeligt selskab, der er ansvarlig for den faglige udvikling af et grundspeciale og står for revision af specialets målbeskrivelse

Specialestruktur: Den konkrete struktur for opdeling af det lægevidenskabelige område i en række afgrænsede specialer med tilhørende uddannelsesforløb.

Sundhedskompetence: Betegnelse for borgeres muligheder for at tilgå, forstå og handle på information om sundhed. Sundhedskompetence inkluderer også evnen til at kunne forholde sig kritisk i mødet med sundhedsprofessionelle og evnen til at op søge og navigere i sundhedsvæsenet.

Uddannelseskoordinerende overlæge (UKO): Overlæge med særlig kompetence indenfor lægelig videreuddannelse, der har til opgave at rådgive sygehus- og afdelingsledelser og på tværs af afdelinger at koordinere uddannelsesinitiativer samt kvalitetssikre og videreudvikle videreuddannelsen på afdelingerne.

Uddannelsesansvarlig overlæge (UAO): Speciallæge med ledelsesansvar, som sammen med afdelingsledelsen ansvarlig for uddannelseskvaliteten og læringsudbyttet i forhold til de opstillede kompetencer i den uddannelsesgivende afdeling.

Uddannelseskoordinerende yngre læger (UKYL): En funktion, der kan tildeles en eller flere uddannelseslæger ansat i afdelingen. Funktionen skal bidrage til at øge fokus og kvalitet i forhold til den lægelige videreuddannelse i afdelingen. Bistår og samarbejder med den uddannelsesansvarlige overlæge.

Uddannelseslæge: En læge i et videreuddannelsesforløb. En læge med dansk autorisation, der er ansat i en klassificeret stilling i den kliniske basisuddannelse, introduktionsforløb eller hoveduddannelsesforløb med godkendt uddannelsesprogram. Begrebet *uddannelsessøgende læge* bruges ikke herom.

Uddannelsesplan: Den skriftlige aftale mellem uddannelseslæge og hovedvejleder, hvor uddannelsesprogrammet er udmøntet med tilpasning til den enkelte uddannelseslæge ud fra dennes og uddannelsesstedets aktuelle forudsætninger og muligheder.

Uddannelsesprogram: Betegner et dokument, der beskriver det enkelte uddannelsesforløb, med angivelse af de kompetencer, der skal erhverves og indeholder en beskrivelse af læringsstrategier og kompetencevurderingsmetoder. For forløb med flere ansættelsessteder (blokansættelse) angiver uddannelsesprogrammet, hvordan kompetencer og kompetencevurdering fordeles på disse.

Uddannelsestid i hoveduddannelse: Tidsinterval fra påbegyndt hoveduddannelsesforløb til udstedelse af speciallægeanerkendelse.

2. Baggrund

Behovet for lægelige kompetencer i det danske sundhedsvæsen hænger tæt sammen med samfundsudviklingen, borgernes behov, krav og forventninger til sundhedsvæsenets ydelser samt de medicinsk-teknologiske muligheder. Lægers uddannelse til speciallæge har derfor været og er fortsat en kontinuerlig udviklingsproces med forandringer tilpasset samfundets behov.

Som baggrund for rapportens konklusioner og anbefalinger gives i det følgende et overblik over udviklingen af lægers videreuddannelse indtil nu og forandringer i sundhedsvæsenet. I de to første afsnit (2.1 og 2.2) er beskrevet den historiske udvikling gennem det sidste århundrede, mens det tredje afsnit (2.3) beskriver udviklingen efter årtusindeskiftet. I afsnit 2.4 beskrives væsentligste udviklingstendenser i sundhedsvæsenet, som der har haft betydning for lægers videreuddannelse, speciallægers opgaver og kompetencer.

2.1. Formalisering af videreuddannelsen

2.1.1. De første specialer

I begyndelsen af 1900-tallet kunne en læge efter aflæggelse af lægeløftet få ret til at praktisere. I 1907 indførte Foreningen af Yngre Læger (FAYL) og Københavns Universitet en turnusordning, for at lægerne fik et vist klinisk og praktisk grundlag for deres virke. I 1918 udsendte Lægeforeningen den første fortegnelse over anerkendte speciallæger og fastsatte samtidigt de første regler for speciallægeuddannelser udarbejdet af et særligt specialistudvalg.

2.1.2. Lægeloven og specialistnævnet

Da lægeloven i 1935 trådte i kraft etableredes Sundhedsstyrelsens specialistudvalg, som overtog arbejdet med anerkendelsen af speciallæger fra Lægeforeningen. I lægeloven blev fastsat, at tolv måneders lønnet turnusuddannelse, der skulle omfatte kirurgisk og medicinsk tjeneste, var en nødvendig forudsætning for at opnå ret til at *"udøve selvstændig virksomhed (Erhverv)"*. I 1935 var der 15 godkendte lægelige specialer. Det generelle krav til speciallægeanerkendelse var:

- 1) en kandidatuddannelse på 6 år
- 2) gennemført turnusuddannelse og
- 3) 2 års uddannelse i praktisk lægegerning, hvor det ene år kunne bruges til uddannelse i hovedspecialet uden for hoveduddannelsesstedet (BEK nr. 36 af 1937)

Kravet til de specifikke speciallægeuddannelser omhandlede ansættelsessteder og stillingsforhold, mens der ikke var krav til teoretisk uddannelse eller målbeskrevne opnåede kompetencer i uddannelsen.¹ Fra 1942 blev begreberne hoveduddannelse og biuddannelse brugt. Indledningsvis kunne læger med speciallægeanerkendelse i intern medicin eller kirurgi *'avertre et eller flere Organspecialer'* efter anerkendelse af Sundhedsstyrelsen, det vil sige en tidlig forløber for grenspecialestrukturen.

¹ eksempelvis var kravet ved Obstetrik 1) 2 års ansættelse ved fødeafdeling af passende størrelse, hvoraf mindst 1 år som reservelæge, 2) 1 års ansættelse ved en større afdeling, der udelukkende eller i større udstrækning behandler patienter med gynækologiske lidelser, 3) 3 måneders ansættelse ved venerologisk afdeling

I lægelovens § 14 var endvidere beskrevet krav om opslag af statslige og kommunale lægestillinger, krav om indhentning af Sundhedsstyrelsens vurdering af hvilke ansøgere, der var kvalificerede, og anført hvordan Sundhedsstyrelsen skulle indhente sagkyndig rådgivning til denne vurdering.

2.1.3. Centralsygehuse og specialevækst

I begyndelsen af 1900-tallet fandtes mange udelte sygehuse; det vil sige, at der blev ikke skelnet mellem kirurgiske og medicinske afdelinger. Der var oftest én overlæge på afdelingen, som typisk var kirurg. En tiltagende udvikling inden for både kirurgi og medicin i mellemkrigsårene gjorde, at Sundhedsstyrelsen anbefalede amterne at samle den specialiserede behandling på centralsygehuse i amterne med en grundstamme bestående af én særskilt medicinsk og én særskilt kirurgisk afdeling samt ansættelse af røntgenspecialist (Pedersen 2005).

Centralsygehusene etableredes relativt hurtigt i hele landet med en tiltagende specialisering af organisering og kompetencer. Anæstesiaafdelingerne opstod efter fremkomsten af effektive bedøvelsesmedikamenter. Nye og mere invasive operationer blev mulige, og en række kirurgiske specialer opstod. I samme periode etableredes de tværgående specialer. I efterkrigsårene var der således en væsentlig stigning i antallet af specialer (32 i 1972 mod 15 i 1935), som først og fremmest skyldtes udviklingen i hospitalsvæsenet. Den samlede udvikling i lægelige specialer kan findes i bilag 5.

2.2. Kvalitetsudvikling og øget kapacitet i den lægelige videreuddannelse i årene 1970-2000

Hvor strukturen for den lægelige videreuddannelse var relativt uændret i de første årtier efter anden verdenskrig, bortset fra en betydelig stigning i antallet af specialer og læger, blev der tiltagende brug for styring og kvalitetssikring af videreuddannelsen op gennem 1960'erne og særligt i 1970'erne.

2.2.1. Krav om teoretisk undervisning tilføjes videreuddannelsen

I 1966 var indført krav om 120 timers teoretisk undervisning inden for alle specialer, således at speciallægeuddannelsen bestod af både den klinisk-praktiske uddannelse suppleret af teoretiske kurser. Det overordnede ansvar for den teoretiske undervisning blev lagt hos Sundhedsstyrelsen, mens de videnskabelige selskaber skulle varetage planlægning og afholdelse af kurserne. De 120 timer blev gradvist modificeret og i 1980 fremsatte Sundhedsstyrelsen et forslag, der medførte, at de teoretiske kursers samlede varighed kunne variere mellem 150 til 300 timer fra speciale til speciale. Omfang, indhold og afholdelse af den teoretiske undervisning i videreuddannelsen af læger var et betydeligt tema både i Betænkning om videreuddannelsen til speciallæge fra 1977 og i *Fremtidens Speciallæge*, speciallægekommisionens betænkning af 2000.

2.2.2. Udviklingen frem mod en speciallægeuddannelse i almen medicin

Udviklingen i sygehusvæsenet i den første del af det 1900 århundrede havde haft stor betydning for den lægelige arbejdsstyrkes profil. I år 1901 fandtes 1.372 læger, der bogstaveligt talt alle havde almen praksis som hovederhverv eller som betydende bierhverv. Ved Sundhedsstyrelsens lægetælling i november 1974 var tallet vokset til 9.033 erhvervsaktive læger, hvoraf kun 2.446 (27 pct.) var alment praktiserende læger (Sundhedsstyrelsen 1977). Der var derfor en bekymring for bemanningen af og kvaliteten i almen praksis. Den etårige sygehusuddannelse (*udøvelse af selvstændigt virke*), der blev indført med lægeloven, havde indtil 1970 været tilstrækkelig uddannelse til, at lægen kunne nedsætte sig i almen praksis.

Ved ændring af lægeloven i 1970 bortfaldt denne bestemmelse, og der blev tilføjet et krav om 24 måneders nærmere specificeret sygehusuddannelse samt et teoretisk kursus for at kunne nedsætte sig i almen praksis. Bestemmelsen bortfaldt i 1976, hvor 18 måneders turnusuddannelse blev indført og supplerende krav blev stillet til funktionen som alment praktiserende læge beskrevet

vet i særlig bekendtgørelse om uddannelse af alment praktiserende læger. Fra 1982 kunne Sundhedsstyrelsen meddele læger tilladelse til at betegne sig som alment praktiserende læge, betinget af gennemførelse af uddannelseskrav (42 måneders varighed ud over turnusuddannelsen på 18 måneder) (BEK nr 324 af 1982). Selvom oprettelsen af specialet i almen medicin blev foreslået af speciallægekommissionen allerede i 1977 var det først i 1993 at den formelle uddannelse for praktiserende læger ligestillet med øvrige specialer og speciallægeuddannelsen i almen medicin blev etableret, således at læger kunne blive speciallæge i almen medicin fra 1. januar 1994.

2.2.3. Genindførelse af turnusuddannelse

Uddannelsen til selvstændigt virke som læge (turnusuddannelsen) blev indført i 1976 (BEK nr. 551 af 1976), som et basalt videreuddannelsesforløb, der skulle gennemgås af alle yngre læger samt et system, der gav sikkerhed for, at de læger, der praktiserede under sygesikringsoverenskomsten havde tilstrækkelig klinisk og teoretisk baggrund. Der opstod imidlertid en betydelig ophobning af ansøgere omkring universitetsbyerne og ordningen blev derfor ændret i 1984. Det betød, at uddannelseslægerne blev fordelt til sygehuskommunerne efter et kombineret lodtræknings- og selvvalgsystem.

Turnus blev tænkt som blokansættelse, og Sundhedsstyrelsen fik hjemmel til at udtage det antal turnusstillinger, der var nødvendigt for, at kandidater kunne gennemgå den indførte 18-måneders turnusuddannelse. Den reelle uddannelsessituation var dog præget af manglende uddannelseskapacitet, særligt i almen praksis, og det var først i 1991, at alle læger blev tilbudt ansættelse som praksisreservelæge som led i turnusuddannelsen.

2.2.4. Gensidig anerkendelse af lægelige kompetencer

Danmark trådte i 1973 ind i EF, og der fulgte i 1975 to direktiver², som Danmark var forpligtiget til at inkorporere i den nationale lovgivning vedrørende gensidig anerkendelse af eksamensbeviser, certificering og andre kvalifikationsbeviser for læger, samt samordning af de administrativt eller lovfastsatte bestemmelser om virksomhed som læge. Dette blev tilføjet i lægeloven i 1976. Etableringen af en obligatorisk turnusuddannelse medførte at alle fremtidige speciallæger ville opnå ret til selvstændigt virke (B-autorisation).

Speciallægekommissionen af 1973, BETÆNKNING 815, 1977

Speciallægekommissionen nedsat i 1973 foretog den første samlede analyse og udarbejdelse af anbefalinger til den lægelige videreuddannelse. Baggrunden var blandt andet, at produktionen af medicinske kandidater var steget markant i slutningen af 1960'erne (1967: 300 kandidater, 1974: 830 kandidater), mens antallet af uddannelsesstillinger havde kun ændret sig i begrænset omfang. Der var således opstået et misforhold mellem antallet af uddannelsesstillinger og læger, der ønskede et videreuddannelsesforløb. Den stigende specialisering og det store antal specialer gav desuden grund til at overveje specialestrukturen.

Kommissionens betænkning var omfattende og behandlede en lang række områder. Centralt i anbefalinger var følgende emner:

- **Grenspecialestruktur.** Specialestrukturen, der bestod af 32 selvstændige specialer, blev anbefalet reduceret til 21 grundspecialer med en etablering af grenspecialer for Intern Medicin, Kirurgi og Neurologi. Med det hovedformål at skabe et *fleksibelt uddannelsessystem med den bedst mulige udnyttelse af eksisterende ressourcer og et sent endeligt erhvervsvalg*. Den nye specialestruktur blev indført i 1982 (BEK nr 323 af 1982).

² Rådets direktiv nr. 75/362 af 16. juni 1975 og rådets direktiv nr. 75/363 af 16. juni 1975

- **Almen medicinsk speciallægeuddannelse.** Det blev anbefalet, at oprette en speciallægeuddannelse i almen medicin. Uddannelsen i Norge og Sverige gav inspiration, da der i årene for inden var blevet etableret videreuddannelser for at virke i almen praksis.
- **Uddannelseskapacitet i videreuddannelse.** Kandidatoptaget på de to medicinstudier var øget markant i 1960'erne uden at kapaciteten i videreuddannelse var fulgt med. Kommissionen beskrev situationen som katastrofal med store flaskehalse, hvor læger ventede på bestemte stillinger i speciallægeuddannelsen, mens omkring 1.000 danske læger havde set sig nødsaget til at søge arbejde og videreuddannelse i Sverige. Trods dette fandt kommissionen, at *"da der ikke findes tilstrækkelige prognoser for behovet for speciallæger i det danske sundhedsvæsen er der ikke basis for at foreslå, hverken hvor mange speciallæger, der er brug for, eller på hvilken måde uddannelserne skal styres."*
- **Bedre udnyttelse af uddannelseskapaciteten.** For at skabe en mere effektiv uddannelse og rationel brug af uddannelseskapaciteten blev anbefalet en række tiltag. For de forskellige underordnede lægestillingsniveauer på de enkelte afdelinger blev anbefalet, at formulere *"en målsætning vedrørende den kliniske uddannelse."* Kravet om sideuddannelsen i alle speciallægeuddannelser blev anbefalet nedlagt. Det blev yderligere anbefalet, at *"læger kun skal kunne få speciallægeanerkendelse i ét speciale."* Endelig blev det anbefalet, at indføre *blokansættelser i speciallægeuddannelsen* (uden, at det skulle være den eneste mulighed).
- **Den teoretiske videreuddannelse.** Kommissionen foretog en omfattende gennemgang af organisering og indhold i den teoretiske uddannelse. Som konsekvens blev blandt andet oprettet et udvalg under specialistnævnet, den teoretiske uddannelse blev specialespecifik, og der blev åbnet op for mere fleksibilitet i den teoretiske uddannelse.

Kilde: Sundhedsstyrelsen 1977

2.2.5. Videreuddannelsen og kapacitetsudfordringer

Kommissionen stod ikke alene med vurderingen af, at uddannelseskapacitetssituation var alvorlig. Indenrigsministeriet havde beregnet, at der manglede 400 reservelægestillinger, hvis alle kandidater skulle påbegynde videreuddannelsen umiddelbart efter medicinstudiet, og Sundhedsstyrelsen havde i en prognose for videreuddannelsen vist, at der ville opstå stillingsmæssige kapacitetsproblemer særligt inden for Intern Medicin. Indenrigsministeren opfordrede ved brev undervisningsministeren til adgangsregulering af lægestudiet (Sundhedsstyrelsen 1978). Der forelå ingen prognoser over lægebehovet i de næste tyve år. Efter at der i 1976 blev indført adgangsbegrænsning til det lægevidenskabelige studium (på 600 kandidater årligt) indførtes der i 1977 generel adgangsbegrænsning til alle videregående uddannelser."

På det bagtæppe afgav Sundhedsstyrelsen i 1978 en betænkning (Sundhedsstyrelsen 1978) vedr. uddannelseskapaciteten og samfundets behov for læger i perioden 1977-1990. I betænkningen blev påpeget en væsentlig uoverensstemmelse mellem uddannelsesstillinger og kandidater i hele perioden, med betydelige afledte effekter for lægerne og sundhedsvæsenet. Bl.a. kunne turnusforløbene ikke etableres til alle kandidater. Det anbefalede, at oprette en stor mængde reservelægestillinger og praksisreservelægestillinger eller øge antallet af slutstillinger således, at ansatte speciallæger ikke blokerede for oprettelsen af uddannelsesforløb.

Kapacitetsudfordringerne blev ikke løst i 1970'erne. Den store kandidatproduktion og oprettelse af uddannelsesstillinger ændrede forholdet mellem speciallæger og uddannelseslæger betydeligt. Samtidigt var arbejdstiden for læger blevet fastsat ved overenskomst i 1981 til 40 timer. Begge dele medførte bekymring for kvaliteten af den lægelige videreuddannelse.

Lægeprognoser og dimensionering af speciallægeproduktionen

Grundstenen til arbejdet med prognose og dimensionering af speciallægeuddannelsen blev lagt i 1978 af en arbejdsgruppe nedsat af Sundhedsstyrelsen med anbefalingen i *betænkningen om den postgraduate kliniske uddannelseskapalet og samfundets behov for læger*. Lægeprognoserne er siden blevet udviklet blandt andet med etableringen af bevægelsesregisteret i 2000, nedsættelse af teknikerguppen i 2004 samt systematisk inddragelse af skøn og prognoser over kandidatproduktion fra medicinstudierne.

Som anbefalet i 1989 fik Sundhedsstyrelsen i 1990 hjemmel til at foretage en dimensionering af speciallægeuddannelsen med fastsættelse af 'antallet af uddannelsesstillinger inden for hvert speciale' (BEK nr 509 af 1990). På baggrund af speciallægekommissionens anbefalinger blev det i 2003 ændret således (BEK nr 608 af 2003), at både antallet af introduktionsforløb og hoveduddannelsesforløb inden for hvert speciale skulle dimensioneres, og Sundhedsstyrelsen skulle forud indhente rådgivning fra det nyetablerede Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse. Sundhedsstyrelsen blev forpligtiget til at oplyse de Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse om dimensioneringen, hvilket fra 2002 skete via dimensioneringsplanen.

I 2004 begyndte de daværende amter at indberette opslåede og besatte introduktions- og hoveduddannelsesforløb. Dimensioneringsarbejdet er over tid tilstræbt kvalificeret med tilbagemeldinger over opslåede og besatte stillinger. I 2005 blev den elektroniske stillings- og vakan-
cetælling etableret med oplysninger om hospitalsansatte læger og speciallæger, herunder normeringer og besatte stillinger. Derved kunne også gives sundhedsmyndighederne et overblik over behovet for læger – på specialniveau og inden for de enkelte stillingskategorier. Tællingen blev nedlagt i 2015. Der havde i hele perioden været store udfordringer med datakvaliteten, herunder manglende indrapporteringer og det blev vurderet, at ressourceforbruget ikke stod mål med resultatet.

I de seneste ti år har der været et fokus på ønsker om øget fleksibilitet i dimensioneringen. I 2014 blev besluttet, at introduktionsforløb kunne dimensioneres mere fleksibelt af videreuddannelsesregionerne. I 2021 blev der på forsøgsbasis indført mulighed for at ubesatte hoveduddannelsesforløb kan konverteres til andre hoveduddannelsesforløb i andet speciale (fleksforløb). I 2023 er det således muligt at oprette i alt 100 fleksforløb.

2.2.6. Faststillingsreformen indføres og nye strukturer tilføjes videreuddannelsen

Efter der var indgået overenskomstfor vagtbærende overlæger og afdelingslæger i henholdsvis 1987 og 1989 påbegyndtes faststillingsreformen, hvorved tidsbegrænsede stillinger, der ikke skulle bruges til uddannelse, blev konverteret til faste ansættelser for speciallæger. Målet var at bedre forholdet mellem uddannelseslæger og fastansatte læger til gavn for videreuddannelsen og samtidigt modvirke, at speciallæger optog tidsbegrænsede stillinger, der kunne bruges til videreuddannelsen.

I september 1989 udkom betænkningen *Lægers kliniske videreuddannelse og arbejdstilrettelæggelse* (Sundhedsministeriet 1989). Der var udarbejdet af en arbejdsgruppe under Indenrigsministeriet, nedsat i 1987 i relation til Folketingets lovindgreb i Foreningen af Yngre Lægers strejke mod overenskomsten (LOV nr 246 af 1987). Arbejdsgruppen havde til formål at komme med anbefalinger, der særligt skulle øge uddannelsesintensiteten. I betænkningen blev der anbefalet en ny model for tilrettelæggelse af den lægelige videreuddannelse omfattende blokansættelser, målbeskrivelser og enkeltstillingsklassifikationer. Samtidigt blev det anbefalet at oprette et tværgående samarbejde mellem amterne.

De anbefalede tiltag blev indført i årene efter. De regionale samarbejder mellem amterne i tre videreuddannelsesregioner blev etableret i 1989. De lægevidenskabelige selskaber udkom med den første samlede publikation over målbeskrivelser for samtlige specialer og grenspecialer i 1992 – som blev godkendt af Sundhedsstyrelsen. Blokansættelser var i 1996 indført i alle specialer på nær i de intern medicinske og kirurgiske specialer, fordi dette ville have betydet at uddannelseslægerne allerede ved slutningen af introduktionsuddannelsen skulle vælge grenspeciale. Enkeltstillingsprincippet indførtes i 1997 efter, at Sundhedsstyrelsen i 1996 var begyndt dimensioneringen af speciallægeuddannelsen ved at fastsætte antallet af uddannelsesstillinger inden for hvert speciale.

I 1990 blev § 14-ordningen om vurdering og ansættelse af overlægerdecentraliseret (LOV nr 278 af 1990). Kvalifikationsvurderingen af ansøgere til overlægestillinger blev dermed flyttet fra Sundhedsstyrelsen til lokale faglige bedømmelsesudvalg nedsat af ansættelsesmyndigheden. Ansættelsesmyndighedens indstilling af flere egnede ansøgere skulle indsendes til Sundhedsstyrelsen til dennes faglige vurdering. Indstillingen fra Sundhedsstyrelsen var vejledende.

Som en del af kvalitetsudviklingen i den lægelige videreuddannelse blev inspektorordningen indført som en frivillig ordning i 1997, og Sundhedsstyrelsen udgav "*Vejledning om evaluering i den lægelige videreuddannelse*" i 1998. Der var allerede i 1991 iværksat forsøgsordningen med evaluering af den kliniske videreuddannelse, og vejledningen blev til på baggrund af resultatet fra disse. I vejledningen fastlægges det evalueringssystem, der skulle anvendes til måling af den kliniske kompetenceudvikling i 1996-uddannelsesordningen.

Kontaktforum for den lægelige grund- og videreuddannelse etableredes i 1996 i Sundhedsstyrelsens regi med repræsentanter for blandt andet Sundhedsministeriet, Undervisningsministeriet, Amdrætsforeningen, Hovedstadens Sygehusfællesskab, de tre uddannelsesregioner og Den Almindelige Danske Lægeforening. Formålet var at "*etablere et tættere samarbejde og en løbende dialog og en bedre koordinering af den lægelige uddannelses enkelte elementer med de administrative og økonomiske elementer i sygehusdriften*".

2.2.7. Kvalitet, forskning og evidens i sundhedsvæsenet

Ønsket om kvalitet i den lægelige videreuddannelse med målbeskrivelser, inspektorordningen og klassificerede stillinger skal ses i lyset af et paradigmeskifte med hensyn til kvalitet og evidens, der spredte sig internationalt og i Danmark i 1990'erne. Læger inklusive uddannelseslæger er en væsentlig aktør i denne udvikling og flere og flere læger udfører sundhedsfaglig forskning enten i forbindelse med videreuddannelsen eller ved afholdelse af forskningsbaseret orlov.

Kvalitetsstrategi og kvalitetsdatabaser

Den første nationale kvalitetsstrategi udgives i 1993 med en begrebsafklaring og et ønske om en bred anvendelse af kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet, herunder oprettelse af kliniske kvalitetsdatabaser (Sundhedsstyrelsen 1993)³.

I starten er kvalitetsarbejdet drevet af ildsjæle, og for at sikre landsdækkende koordinering og styring etableredes i 1999 et nationalt råd for kvalitetsudvikling med tilhørende projektkoordineringsudvalg. Senere følger Den Gode Medicinske Afdeling, Landsdækkende Patienttilfredshedsundersøgelser⁴ og oprettelsen af den Den Danske Kvalitetsmodel i 2004 med etablering af Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, IKAS⁵.

³ Ved udarbejdelse af den anden national kvalitetsstrategi (2000), blev det konstateret, at der var 57

⁴ Undersøgelser af Patientoplevelser (LUP) igangsat i 2000. I første omgang udelukkende på det somatiske område men senere med udvidelse til psykiatrien (2005), fødsels (2012) og akutmodtagelsen (2015).

⁵ 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, hvorefter IKAS lukkede

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. I Kræftplan II (2005) blev arbejdsområdet for de kræftspecifikke Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG) beskrevet, herunder udarbejdelse af kliniske retningslinjer og oprettelse af kvalitets- og forskningsdatabaser. I Kræftplan III (2010) var fokus på at forbedre og udbygge de dele af patientforløbet, der ligger før og efter udredning og behandling i sygehusregi, herunder tidlig opsporing, rehabilitering og palliation. Ved Kræftplan IV (2017) blev der afsat yderligere midler til styrket indsats omkring de kliniske retningslinjer, og sekretariatet for Kliniske Retningslinjer på Kræftområdet etableres.

Regionerne oprettede i 2011 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 forlængelse af de tidligere nationale strategier lanceredes Det National Kvalitetsprogram⁶ i 2016 som en del af en aftale mellem regeringen, KL og Danske Regioner. Programmet er stadig gældende og består af 8 nationale mål for sundhedsvæsenet (se boks), 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.⁷

Otte nationale mål for sundhedsvæsenet

- 1: Bedre sammenhængende patientforløb
- 2: Styrket indsats for kronikere og ældre patienter
- 3: Forbedret overlevelse og patientsikkerhed
- 4: Behandling af høj kvalitet
- 5: Hurtig udredning og behandling
- 6: Øget patientinddragelse
- 7: Flere sunde leveår
- 8: Mere effektivt sundhedsvæsen

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Forskning og evidensbaseret praksis

Evidensarbejdet har trådt tilbage til 1970'erne men spredte sig først i 1990'erne med et ønske om at afklare om behandlingsmetoder mv. er dokumenteret virkningsfulde. Det første nordiske Cochrane institut oprettes i Danmark i 1993 som en del af det internationale Cochrane samarbejde. Sundhedsstyrelsen udgiver i 1994 pjecen, *Medicinsk Teknologivurdering. Hvad er det?* I 1996 udgiver Sundhedsstyrelsen en national strategi for medicinsk teknologivurdering (Sundhedsstyrelsen 1996), som opdateres i 2008 (Sundhedsstyrelsen 2008).

Der udgives løbende nye nationale vejledninger vedr. medicinsk teknologivurdering, herunder metodebøger i 2001 og 2007 (Sundhedsstyrelsen 2001 og Sundhedsstyrelsen 2007B). I 1999 udgives *vejledning om indførelse af nye behandling* (VEJ nr. 11052 af 1999), som en vejledning til hvordan nye behandlinger kan tages i brug under overholdelse af krav angivet i lovgivningen, herunder i autorisationsloven og hvornår der bør foreligge en formaliseret videnskabelig forsøgsplan og ske anmeldelse til det videnskabetiske komitéssystem. Senere følger Sundhedsstyrelsens arbejde med Nationale Kliniske Retningslinjer og oprettelse af enhed for evidens i Sundhedsstyrelsen.

Samtidigt med indførelsen af paradigmet om evidensbaseret medicin blev den sundhedsvidenskabelige forskning styrket. Forskeruddannelsesreformen udmøntet i Ph.d.-bekendtgørelsen i 1992

⁶ <https://www.regioner.dk/sundhed/kvalitet-og-styring/det-nationale-kvalitetsprogram>

⁷ <https://sum.dk/nyheder/2021/april/ny-tilgang-til-kvalitetsarbejde-i-sundhedsvaesenet-udfaser-den-danske-kvalitetsmodel->

(BEK nr 989 af 1992) skabte fælles rammer om indhold og omfang af forskningsuddannelsen. 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 (Forskningsministeriet og Sundhedsministeriet 1999).

2.3. Udvikling af videreuddannelse siden årtusindeskiftet

Bekymringer for effektiviteten og kvaliteten af speciallægeuddannelsen fortsatte trods iværksættelsen af de mange tiltag i 1990'erne. Der var mangel på speciallæger i flere specialer, og kandidattiden var lang. Ændringer i arbejdsorganiseringer havde medført, at uddannelseslægerne brugte meget af deres arbejdstid i varetagelsen af vagtfunktioner på afdelingerne og således ikke havde tilstrækkelig dagstid til uddannelsesfunktioner. Samtidigt var der behov for, at vurdere den lægelige videreuddannelses sammenhæng med og evne til at understøtte de strukturændringer i sundhedsvæsenet der var undervejs (fx den funktionsbærende enhed).

2.3.1. Ændringer af speciallægeuddannelsen

Dette var baggrunden for, at Sundhedsministeren i 1998 nedsatte en Speciallægekommission, som skulle foretage en vurdering af den daværende lægelige videreuddannelse herunder bl.a. angive en specialestruktur, vælge specialer med angivelse af uddannelseskrav, foreslå varighed og tilrettelæggelse af videreuddannelsen mv. (jf. boks). Betænkningen med anbefalinger udkom i 2000 (Speciallægekommissionen 2000).

Fremtidens speciallæge – speciallægekommissionens betænkning 2000

Speciallægekommissionen fremlagde en række anbefalinger, der alle havde til formål at forbedre kvaliteten i speciallægeuddannelsen. Betænkningen beskrev blandt andet struktur for og indhold i speciallægeuddannelsen. Hovedformålet var at udvikle og skabe en bedre og hurtigere speciallægeuddannelse i Danmark.

Betænkningen var omfattende og behandlede en lang række områder. Centrale anbefalinger omfattede følgende temaer:

- **Speciallægekompetencen og de syv lægeroller.** Fokus i videreuddannelsen anbefalede ikke udelukkende at være den specifikke lægefaglige viden (medicinske ekspertfunktion). Speciallægekompetencen defineredes som evnen til at mestre en flerhed af roller og egenskaber, der udover den medicinske ekspertfunktion også omfattede ledelse, pædagogik, kommunikation og samarbejde mv. I en konkretisering blev beskrevet, at speciallæger skulle kunne varetage behandling af alle uselekterede patienter, herunder alle akutte patienter inden for et givent speciale, og hovedparten (ca. 90 pct.) af de patienter, der henvises til afdelingen. De syv lægeroller skulle bruges som en ramme for at beskrive de kompetencer, som speciallæger skulle besidde og mestre i relation til lægelige problemstillinger og arbejdssituationer i specialet. I forlængelse af faststillingsreformen blev det anbefalet, at en speciallægeanerkendelse repræsenterede det kompetenceniveau, der kvalificerede til fastansættelse i sundhedsvæsenet.

- **Gennemførsel og læring i den kliniske enhed.** Kommissionen anbefalede, at tilrettelæggelsen af det kliniske arbejde skulle tage større hensyn til videreuddannelsen til speciallæge, fx ved at den skulle baseres på operationelle målbeskrivelser, der udmøntes i uddannelsesprogrammer og uddannelsesplaner.
- **Kompetencevurdering.** En systematisk vurdering af kompetenceudviklingen via en fortløbende formativ og sluttende godkendende summativ vurdering af lægers kompetencer blev anbefalet på baggrund af erfaringer med brug af evaluering af den kliniske kompetenceudvikling jf. vejledning fra 1997. Den ændrede speciallægekompetence med et fokus på flere roller var også en begrundelse for den formative evaluering. Kompetencevurdering af uddannelseslæger skulle være et bærende element i den lægelige videreuddannelse. Det blev anbefalet, at vurderingen skulle ske på baggrund af det enkelte speciales målbeskrivelse, hvori der også skulle beskrives kompetencevurderingsmetoder og at uddannelseslægen samler den nødvendige dokumentation for opnåelsen af en given kompetence i en uddannelseslogbog, der bør følge lægen under hele uddannelsesforløbet.
- **Uddannelsesstruktur.** Indholdet af speciallægeuddannelsen skal indeholde elementer både fra primærsektor og sekundærsektor, ansættelse på hovedfunktions- og specialiseret funktionsniveau, og en større del af uddannelsen for praksisrelevante specialer blev anbefalet at finde sted i speciallægepraksis.
- **En speciallægeuddannelse med to dimensioner.** Speciallægeuddannelses skulle have to dimensioner. Første dimension, der omfattede den formaliserede og målbeskrevne uddannelse inden for et speciale og anden dimension, der omfattede den mindre formaliserede og individuelle profilering, der primært skulle ske efter speciallægeuddannelsen, men ofte påbegyndtes allerede under speciallægeuddannelsen.
- **En specialestruktur uden grenspecialer.** Grenspecialestruktur blev anbefalet afskaffet i forventningen om et stadig større pres for etablering af grenspecialer, ligesom strukturen med grenspecialer knyttet til ét grundspeciale gav en mindre fleksibel specialestruktur. Generelt fandtes en enhedsmodel mest hensigtsmæssig. Dog blev det anbefalet, at henholdsvis de fem kirurgiske specialer og de intern medicinske specialer blev integreret i en funktionsmodel med en fælles del. Betegnelsen fagområde skulle anvendes om de grenspecialer, som ikke videreførtes som specialer, samt subspecialer, interesseområder og ekspertområder. Fagområder skulle ikke godkendes og anerkendes af de centrale sundhedsmyndigheder. Hensigten med opdelingen i fagområder og specialer var, at den faglige udvikling smidigt og mere fleksibelt kunne tilgodeses ved fagområderne, der kunne blomstre og visne efter behov og som gav adgang fra forskellige specialer.
- **Specialekriterier.** Kommissionen anbefalede, at et lægevidenskabeligt områdes specificitet, størrelse og omfang og specialestruktur i sammenlignelige lande, herunder forhold vedr. international mobilitet, skulle danne grundlag for en vurdering af, om området skulle være et speciale.
- **Central organisering og styring.** Det blev anbefalet, at etablere et nationalt videreuddannelsesråd, der havde til formål at rådgive centrale myndigheder vedr. videreuddannelsen på overordnet og principielt niveau. Samtidigt anbefalede nedlæggelse af specialistnævnet og kontaktforum for lægelig grund- og videreuddannelse.
- **Styrkelse af den regionale styring.** Kommissionen fandt, at den ændrede tilrettelæggelse af videreuddannelsen omkring de funktionsbærende enheder og med opbygning af hoveduddannelsen i ét integreret forløb ville betyde en decentralisering af speciallægeuddannelsen og stille krav til planlægning og koordinering på tværs af amterne. Det blev anbefalet, at etablere regionale videreuddannelsesråd i de tre videreuddannelsesregioner med egne sekretariater samt oprettelsen af den regionale kliniske-pædagogiske-udviklende funktion. På amtsligt niveau anbefalede etablering af amtslige videreuddannelsesråd, der blandt andet kunne rådgive ved etablering af uddannelsesstillinger, ved udarbejdelse af uddannelsesprogrammer og ved arbejdstilrettelæggelsens uddannelsesmæssige konsekvenser.
- **Klinisk-pædagogisk udvikling.** Kommissionen anbefalede oprettelse af en klinisk-pædagogisk udviklende funktion i de tre videreuddannelsesregioner med det formål at styrke den

kliniske uddannelse med ansættelse af regionale postgraduate kliniske lektorer og professorer for at udvikle undervisning og læringsmetoder samt rådgive uddannelsesenheder mv

- **Teoretisk undervisning og forskningsundervisning.** Kommissionen fandt at uddannelseslæger både skulle opnå specialespecifikke kompetencer (specialespecifikke kurser) og kompetencer fælles for alle specialer (tværfaglige obligatoriske kurser) i videreuddannelsen. De tværfaglige kurser anbefalede etableret i kommunikation, samarbejde, ledelse og administration og pædagogik samt i forskningsmetodologi. Der indgik en anbefaling om organisation, økonomisk ramme, indplacering og tidsforbrug i uddannelsen bl.a. blev foreslået ca. 6 uger til de specialespecifikke teoretiske kurser, ca. 4 uger til de tværfaglige kurser, og ca. 12 uger til forskningsmetodologi og forskningstræning. Implementeringen af kurserne er foretaget, således at de generelle kurser inkluderer 9 dage i den kliniske basisuddannelse og 11 dage i speciallægeuddannelsen, de specialespecifikke kurser omfatter ca. 210 timer per speciale og forskningstræningens ramme (inkl. kursus) er blevet fastlagt til 20 dage.
- **Evaluering.** Den kontinuerlige evaluering af uddannelsesstederne foretaget af uddannelseslægerne ved afslutningen af et uddannelseselement skulle fortsætte og oplysningerne bruges til overvågning og justering af uddannelsesstedernes funktioner og uddannelseskvalitet. Inspektorordningen, som tidligere havde været en frivillig ordning blev vurderet til at kunne styrke kvaliteten af den lægelige videreuddannelse. Den blev foreslået at gøres obligatorisk og omfatte alle afdelinger, der varetog videreuddannelse af læger. Kommissionen anbefalede også, at der skete en standardisering og systematisering af ordningen med revidering af håndbog, afklaring af inspektorernes forhold mv. Det anbefalede endvidere, at der indførtes en inspektorlignende ordning for almen medicin.
- **§ 14 vurderinger.** Ansættelse som overlæge skulle fortsat ske efter en § 14 lægefaglig bedømmelse og foretages i forhold til en konkret stilling. En række ændringsforslag til den på daværende tidspunkt gældende vejledning (Indenrigs- og Sundhedsministeriets VEJ nr 107 af 1997) blev foreslået. Blandt andet blev det anbefalet, at inkludere bedømmelsen af ledelsesmæssige og administrative kompetencer (foruden kvalifikationer inden for det lægefaglige område, forskning og undervisning) og at Sundhedsstyrelsen i flere tilfælde blot skulle orienteres. Ved etablering af autorisationsloven i 2007 blev lægeloven afskaffet og § 14 kravet blev ikke videreført.

På en række områder konsoliderede og viderebyggede Speciallægekommissionen på den udvikling, der var sket det foregående årti – målbeskrivelser, blokstillinger, regionalt samarbejde mv – men samtidigt anbefalede kommissionen en række principielt nye tiltag, såsom de syv lægeroller, nedlæggelse af grenspecialestrukturen, funktionsmodellen for intern medicin og kirurgi, og en yderligere formalisering af styringen og organiseringen af den lægelige videreuddannelse.

Anbefalinger fra speciallægekommissionen blev i vidt omfang implementeret hurtigt og med 2003-uddannelsesordningen (BEK nr 608 af 2003) var fundamentet for den nye struktur på plads. Evalueringen i 2010-2012 (Sundhedsstyrelsen 2012) viste da også, at hovedparten af speciallægekommissionens anbefalinger var implementeret og der var etableret en velfungerende organisation til varetagelse af speciallægeuddannelsen. Evalueringen påviste dog også, at der på en række områder var behov for justerede indsatser, hvorfor der blev givet en række anbefalinger som der blev fulgt op på i regi af det nationale råd for lægers videreuddannelse udarbejdede en arbejdsgruppe en systematisk oversigt over relevante kompetencevurderingsmetoder (Sundhedsstyrelsen 2013C), mens en anden arbejdsgruppe foretog en revision af de syv lægeroller for en mere tidsvarende beskrivelse (Sundhedsstyrelsen 2013A). I 2019 udgiver Sundhedsstyrelsen desuden rapport om simulationsbaseret træning (se også afsnit 4.1.4).

Generelt har videreudviklingen af tiltag anbefalet af speciallægekommissionen været en central opgave for Sundhedsstyrelsen siden årtusindeskiftet. Det har været tiltag som: udarbejdelse af rådgivning, vejledninger for udarbejdelsen af målbeskrivelser, uddannelsesprogrammer, karrierevejledning, meritvurderinger, evaluering af uddannelsessteder, generelle kurser og specialespecifikke kurser, inspektorordningen m.m. Det har medført, at der aktuelt er et betydeligt omfang af lovbindende vejledninger (se også afsnit 3.1), håndbøger, og skabeloner tilknyttet den lægelige videreuddannelse.

2.3.2. Speciallægemangel, klinisk basisuddannelse og 4-årsreglen

En fortsat mangel på speciallæger flere steder i landet i 2000'erne var en barriere for at realisere alle styrker ved specialiseringen og investeringen i sygehusvæsenet, hvorfor der var et ønske om at øge produktionen af speciallæger og sænke kandidatalderen.

Derfor omlagdes turnusuddannelsen på 18 måneder til klinisk basisuddannelse på 12 måneder (BEK nr 1256 af 2007) i 2008. Samtidigt indførtes en 4-årsreglen, hvorefter et hoveduddannelsesforløb skulle være påbegyndt senest fire år efter afsluttet klinisk basisuddannelse (senere benævnt "4-årsreglen"). Begge dele skete på baggrund af aftale mellem regeringen, Danske Regioner og Lægeforeningen. Aftalen indebar også, at flere uddannelsesstillinger skulle opslås og besættes, at antallet af uklassificerede stillinger skulle nedbringes og at alle uddannelseslæger skulle have uddannelsesplaner, vejledning og karriererådgivning.

Der var ved indførelsen af 4-årsreglen utilfredshed blandt yngre læger over tidsfristens betydning for deres muligheder for videreuddannelse, og der var en løbende offentlig debat om tiltagets afledte effekter, herunder læger der søgte til udlandet for uddannelse og arbejde. I 2013 blev indført lompelse af 4-årsreglen, så et ubesat hoveduddannelsesforløb kunne besættes af ansøger som ikke opfyldte fristen (BEK nr 481 af 2013).

I 2014 vurderede en arbejdsgruppe i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse effekterne af 4-årsreglen og kom med forslag til ændringer (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2014). Arbejdsgruppen pegede i et kompromissøgende forslag på en forlængelse af tidsfristen. 4-årsreglen blev den 1. april 2014 ændret og tidsfristen mellem påbegyndt KBU og et hoveduddannelsesforløb blev forlænget til 5 år (BEK nr 353 af 2014). I arbejdet blev der også peget på en række andre forhold, herunder bedre karrierevejledning, sikring af individuelle uddannelsesplaner, øgning af dimensionering af hoveduddannelsesforløb og mere fleksibel administration af loft over introduktionsstillinger. Fristen blev i 2017 på baggrund af lægedækningsudvalgets anbefaling forlænget til seks år (BEK nr 421 af 2017) for i 2019 at blive afskaffet (BEK nr 482 af 2019).

2.3.3. Udvikling i borgernes forventninger og rettigheder i mødet med sundhedsvæsenet.

Indførelsen af de syv lægeroller og opmærksomheden på, at læger er andet end medicinske eksperter skal ses i lyset af, at patienternes forventninger til sundhedsvæsenet med hensyn til rettigheder, åbenhed, valgfrihed udviklede sig. Lægen har ikke længere monopol på autoriteten qua sin titel, og patienter ønsker et inddragende møde i et tilgængeligt sundhedsvæsen. Mange patienter har viden og indsigt i egen sygdom og indgår aktivt og i dialog med lægen om behandlingen. Men ikke alle patienter har overskud til at opsøge sundhedsviden fra eksterne kilder eller til aktiv deltagelse og stillingtagen til egen sygdom. Lægernes og andet sundhedspersonales evne til at imødekomme og interagere med alle typer af patienter blev derfor vurderet vigtig og nødvendig, så sundhedsvæsenet kunne tilbyde differentierede sundhedsydelser tilpasset den enkelte. Derfor skulle læger både i den præ- og postgraduate uddannelse tilegne sig kompetencer i forhold til denne udvikling i sundhedsvæsenet.

Mange patientrettigheder, klage- og erstatningsmuligheder tages i dag for givet, men de er i et historisk perspektiv nye og paradigmesættende. Retten til indsigt i egen sygehusjournal blev indført i 1987 (VEJ nr 128 af 1986) (med undtagelser) og udvidet i 1994 (VEJ nr 193 af 1993) til at omfatte alle oplysninger udarbejdet af autoriserede sundhedspersoner. Patienters mulighed for at klage

over sundhedsfaglig behandling blev forbedret i 1987 ved oprettelsen af Sundhedsvæsenets Patientklagenævn (LOV nr 397 af 1987), der i 2011 blev omdannet til Patientombuddet for i 2015 at blive sammenlagt med det sundhedsfaglige tilsyn og autorisation i Styrelsen for Patientsikkerhed. I 2018 blev klageområdet overdraget til den nyoprettede Styrelse for Patientklager.

I 1992 trådte lov om patientforsikring i kraft, og patienterne fik via patienterstatningsordningen mulighed for at få erstatning for skader, selvom sundhedspersonen ikke havde begået fejl eller udvist forsømmelse, også kaldet en "no fault"-erstatningsordning (Sundhedsministeriet 1997). Før dette kunne patienter kun få erstatning for behandlingsskader ved domstolene efter dansk rets almindelige regler om erstatningsansvar (culpareglen).

Danmark var et internationalt foregangsland i adskillelsen af erstatningsmulighed og risiko for sanktionering af sundhedspersoner. Formålet med dette blev understreget i vejledning til patientforsikringsloven (VEJ nr 125 af 1992), hvor det blev beskrevet, at 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 med praksisområdet, 2016 behandling i forsvaret og fængselsvæsenet. Emnet benævnes siden 2017 *patienterstatning* og omfattes i dag af lov om klage og erstatningsadgang (LBK nr 995 af 2018).

Patienterne har altså fået indsichtsret i fortegnelser over egen sygdom og behandling samt mulighed for at klage over behandling og få erstatning ved fejl. Samtidigt kan patienter forvente, at viden om fejl begået i sundhedsvæsenet bruges til at forbedre sundhedsvæsenet fremadrettet.

Folketinget vedtog enstemmigt i 2003 patientsikkerhedsloven (LOV nr 429 af 2003), der trådte i kraft ved årsskiftet til 2004. Loven var den første af sin slags i verden. Den forpligtigede amterne til at modtage, registrere og analysere rapporter om utilsigtede hændelser, ligesom sundhedspersoner blev forpligtiget til at indrapportere utilsigtede hændelser. Loven sørgede for, hvad der typisk bliver kaldt, vandtætte skotter mellem det lærende sundhedsvæsen og det disciplinerende 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"*.

Samtidigt med ovennævnte forbedringer er der indført patientrettigheder vedrørende 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 (LOV nr. 1024 af 1992)
- 2) det udvidede frie sygehusvalg fra 2003
- 3) de maksimale ventetider ved behandling af kræft (2000) og visse tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme (2010)

De landsdækkende undersøgelser af patientoplevelser (LUP), der blev indført i år 2000, kan ses i sammenhæng med tiltagene for patientrettigheder -og sikkerhed, og eksemplificerer et paradigmeskift, hvor patienten sættes mere i centrum, og patientens perspektiv bruges aktivt til vurdering af tilfredshed og udvikling af sundhedsvæsenet. I dag er LUP en omfattende spørgeskemaundersøgelse, der gennemføres i alle regioner inden for somatik, akutmodtagelse, fødsel og psykiatri.

2.4. Forandringer i sundhedsvæsenet

I dette afsnit beskrives kort en række udviklingstendenser, der har påvirket strukturer i sundhedsvæsenet, lægedækning og økonomi siden årtusindskiftet og som i forskellig grad har påvirket speciallægers opgaver og dermed også forventninger til de kompetencer, der skal udvikles under videreuddannelsen. Strukturudviklingen i retning af øget specialisering og samling af de akutte funktioner har desuden betydning for behovet for specialevalg og fordelingen af læger.

2.4.1. Et tiltagende specialiseret sundhedsvæsen og samling af sygehusfunktioner

Det faglige og sundhedspolitiske fokus i 2000'erne var i høj grad knyttet til sygehusvæsenet og over de sidste to årtier er sygehusvæsenet blevet mere samlet og specialiseret. Behandlingskvaliteten på en række områder er markant forbedret og aktiviteten på sygehusene er steget betydeligt. Den gennemsnitlige liggetid er blevet reduceret, og en stor del af sygehusbehandlingen er omlagt til ambulant funktion med et kraftigt fald i antallet af stationære sengepladser til følge.

Tendensen til centraliseringen i sygehusvæsenet er ikke ny, og overvejelser om patientgrundlag for sygehusfunktioner går helt tilbage til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om oprettelse af centralsygehuse fra 1929. Det var dog først i 1990'erne, at et stigende fokus på faglig kvalitet og specialisering for alvor begyndte at udmønte sig under princippet kvalitet frem for nærhed med funktionsbærende enheder og sundhedsstyrelsens vejledninger om specialeplanlægning på lands- og landsdelsfunktioner.

Samlingen af funktioner og centralisering af sygehusvæsenet blev accelereret med strukturreformen i 2007. På tværs af de fem nye regioners sygehusvæsen var der behov for at understøtte ensartede tilbud og en regulering af de mest specialiserede sygehusopgaver, hvorfor Sundhedsstyrelsen fik hjemmel i Sundhedsloven til at foretage specialeplanlægningen, dvs. regulering af varetagelsen af særligt komplekse opgaver i sygehusvæsenet.

Specialeplanlægning

Et bærende princip i specialeplanlægningen er 'øvelse gør mester'; det vil sige, at der er en sammenhæng mellem aktivitet, robusthed og kompetence. Der stilles krav til varetagelsen af specialfunktioner, herunder kapacitet og robusthed, kompetencer og samarbejde og sammenhæng til andre specialer og understøttende sygehusfunktioner. 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. Der er aktuelt omkring 1.000 specialefunktioner fordelt ujævnt i 37 forskellige specialer. Samtidigt fik regionerne pligt til at indhente rådgivning hos Sundhedsstyrelsen ved udarbejdelse af sundhedsplaner, herunder akut- og sygehusplaner, psykiatriplaner, fødeplaner mv.

Akutområdet og sygehusbyggeri

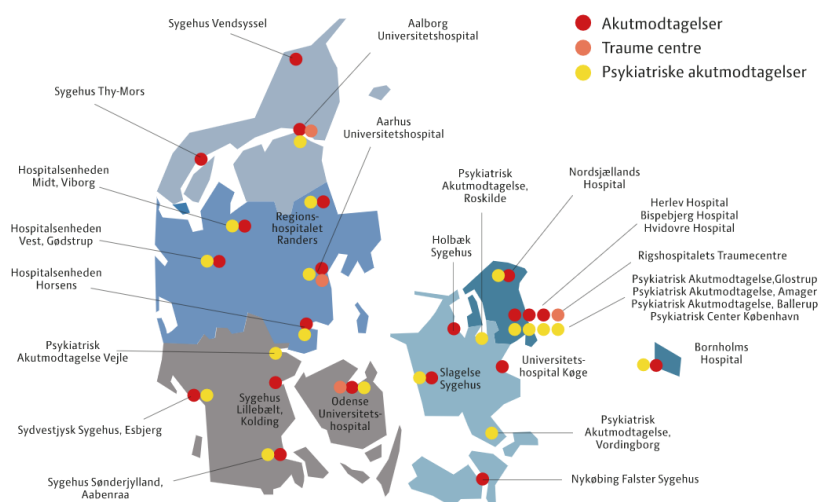
I foråret 2006 havde det Rådgivende Udvalg for Specialeplanlægning besluttet, at akutberedskabet skulle gennemgås, fordi de forventede ændringer i akutmodtagelserne ville få betydning for den overordnede sygehusstruktur. Gennemgangen af akutområdet (Sundhedsstyrelsen 2007) var en optakt til en gennemgang 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 sygehusplanlægningen. Der anbefalede et befolkningsunderlag for fælles akutmodtagelser på 200.000-400.000 indbyggere. Dette havde omfattende konsekvenser for sygehusvæsenet, da det førte til en halvering af antallet af akutmodtagelser over en række år. I økonomiaftalerne 2008 og 2009 og via kvalitetsreformen blev der afsat midler til investering i nyt sygehusbyggeri, der skulle udmøntes via Erik Juhl-udvalget (Regerings ekspertpanel 2008 og 2010).

De nydannede regioner igangsatte en udviklings- og centraliseringsproces, 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 sygehuse står færdige, være 21 sygehuse i Danmark, der modtager akutte patienter døgnet rundt.

Prioritering af kræft- og hjerteområdet

Målet om at løse de væsentlige udfordringer, der omkring årtusindeskiftet var identificeret på både hjerte- og kræftområdet var centrale for udviklingen på sygehusområdet. Der var udfordringer med ventetider, begrænset kapacitet og højere dødelighed end i sammenlignelige lande. Begge områder har siden haft højt prioritet, og grundet en struktureret, gradvis og langsigtet opbygning af sundhedsvæsenets indsats med en faglig og ressourcemæssig styrkelse, kan begge områder i dag betragtes som nogle af de største nyere succeser for det danske sundhedsvæsen. Kræft- og hjertepakker, centralisering af behandling, implementering af multidisciplinært arbejde, investering i udstyr, opbygning af databaser, stærkere faglige miljøer og udvikling af retningslinjer har været en del af tiltagene på områderne.

Figur 1. Akutmodtagelser i 2023



Kilde: Danske Regioner

Indførelsen af de fælles akutmodtagelser og paradigmet om speciallægen i front havde konsekvenser for sygehusenes organiseringer og lægernes arbejde. Specialet akutmedicin blev etableret i 2018 efter flere års drøftelser (se kapitel 3 for yderligere om oprettelsen af akutmedicin) og det blev dermed det 39. speciale som indgår i videreuddannelsen.

2.4.2. Fokus på lægedækning, almenpraksis og dimensionering

I det seneste årti har det faglige og sundhedspolitiske fokus særligt været på lægedækning i hele landet og kvalitet i sundhedsvæsenet, heraf har tre væsentlige fokuspunkter været: Udvidelse af opgaverne i almen praksis, implementering af speciallægen i front i de fælles akutmodtagelser, og reduktion i antallet af sygehuse.

Almen praksis er borgernes primære og uvisiterede adgang til sundhedsvæsenet. Den alment praktiserende læge har en central placering i sundhedsvæsenet og varetager blandt andet rollerne som den primære behandler, generalist, gatekeeper og visitor; ligesom almen praksis er tovholder for borgernes kontakt med sundhedsvæsenet og samarbejdet mellem region, kommune og almen praksis er derfor væsentligt.

Med samling og specialisering af sygehusvæsenets aktiviteter har det primære sundhedsvæsen gennem de sidste mange år fået flere opgaver, hvilket både skyldes flytning af opgaver, men også som følge af kortere indlæggelsestider og flere patienter med kroniske sygdomme.

På denne baggrund nedsatte den daværende regering i januar 2016 et udvalg om lægedækning i hele landet (Sundheds- og Ældreministeriet 2017). Udvalgets hovedkonklusion var, at der overordnet ikke var et generelt, landsdækkende lægedækningsproblem. Derimod fandt udvalget, at der var udfordringer af mere afgrænset karakter inden for almen praksis i bl.a. yderområder og belastede byområder, på mindre sygehuse samt specifikt inden for det psykiatriske område. Udvalget kom med flere anbefalinger og implementeringen af disse er fulgt ved udgivelser af statusrapporter (Sundheds- og Ældreministeriet 2018A og Sundheds- og Ældreministeriet 2020).

Udbuddet af almen praksis til alle borgere i hele landet har været og er en udfordring. Forskellige initiativer er iværksat for at bedre lægedækningen bl.a. via overenskomst om almen praksis med differentieret basishonorar med særlig aflønning, som tilgodeser praksis med en stor arbejdsbelastning og/eller beliggenhed i et lægedækningstruet område. På regionsniveau er blevet udarbejdet praksisplaner for at tilgodese lægedækning for alle borgere. I en praksisplan er beskrevet de betingelser, der skal være opfyldt for, at almen praksis bidrager til den optimale behandling og sammenhæng for borgerne, herunder at almen praksis er organiseret, dimensioneret og kvalificeret til at indgå i et samarbejde med de øvrige aktører i sundhedsvæsenet.

Mange patientforløb går på tværs af almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen. Optimalt skal behandlingsforløbet for den enkelte patient tage udgangspunkt i patientens individuelle udfordringer og behov. Der har været fokus på at skabe et patientforløb, hvori patienten føler sig tryk og hørt, og hvor patienten og pårørende ikke er i tvivl om, hvem der har ansvaret for patientens forløb. Der har derfor været arbejdet på at forbedre samarbejdet mellem sektorerne, så patienterne kan opleve et trykt og sammenhængende forløb mellem almen praksis, udbudsklinikker, regionsklinikker, kommuner, hospitaler og andre behandlingstilbud.

Almen praksis er også en væsentlig aktør i forbindelse med videreuddannelsen af læger, da både basislæger og læger i uddannelse i specialet almen medicin har forløb i almen praksis. I 2017 blev det fastlagt, at alle klinisk basisuddannelsesforløb skal indeholde 6 måneder i almen praksis.

Inden for speciallægepraksis området har der ligesom for almen praksis været iværksat tiltag, som fremmer den faglige udvikling og kvalitetsarbejde. Moderniseringsudvalget nedsat af Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Foreningen af Speciallæger understøtter denne udvikling og sikrer blandt andet et opdateret ydelsessortiment i overenskomsten vedrørende speciallægehjælp.

Dette har betydet, at flere opgaver flyttes fra det sekundære til det primære sundhedsvæsen, hvilket har og kan få yderligere betydning for videreuddannelsen i funktioner i flere specialer i fremtiden, hvis opgaver flyttes til speciallægepraksis.

Lægedækningsproblematikken

Regeringens Lægedækningsudvalg afgav anbefalinger i januar 2017 (Sundheds- og Ældreministeriet 2017). Det konkluderedes, at der ikke er var et generelt, landsdækkende lægedækningsproblem men derimod udfordringer af afgrænset karakter inden for almen praksis, på mindre sygehuse og på det psykiatriske område. Der blev givet en række anbefalinger vedrørende den generelle geografiske fordeling af læger, almen praksis samt sygehuse og speciallæger (Regeringen 2017). Det blev på den baggrund besluttet, at alle læger fremover skulle i almen praksis som en del af den kliniske basisuddannelse, 5-årsfristen blev udvidet til en 6-årsfrist (BEK nr 420 af 2017), der blev etableret forsøg med sammenhængende uddannelsesforløb i lægedæknings-truede områder, dimensioneringen af almen medicin øgedes relativt inden for den samlede dimensionering, og optaget på medicinstudiet i Aalborg øgedes.

2.4.3. Økonomisk prioritering af sundhedsvæsenet

Prioritering er stigende grad et tema i debatten om sundhedsvæsenet, ligesom det er et emne, som mange læger må forholde sig til i det daglige arbejde og derfor også har betydning for indholdet i videreuddannelsen.

Sundhedsydelser er i vid udstrækning offentligt finansierede i Danmark, og sundhedsvæsenet har traditionelt været finansieret via skatter. Brugerbetaling spiller kun en betydelig rolle indenfor enkelte områder, såsom tandsundhed, synshjælpemidler og køb af medicin. Filantropi og velgørenhed har historisk spillet en meget lille rolle i det danske sundhedsvæsen.

Udviklingen i udgifterne har den seneste årrække været påvirket af den voksende andel af ældre mennesker og 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 rammebevillinger til sygehuse. I 1990'erne begyndte udgifterne til sundhedsvæsenet igen at stige. Afledt deraf kom et sundhedspolitisk fokus på konkurrence, effektivitet og kvalitet, og som led heri indførelse af det frie sygehusvalg i 1993. I år 2000 blev de kombinerede bevillinger indført, i første omgang, den såkaldte 90/10 ordning, hvor sygehuse fik en grundbevilling på 90 pct. af den forventede samlede bevilling, og 10 pct. som aktivitetsafhængig finansiering. Aktuelt finansieres det regionale sundhedsvæsen via et statsligt bloktilskud og en nærhedsfinansiering, mens også kommuner medfinansierer regionernes udgifter via et aktivitetsafhængigt bidrag fra kommunerne samt et udviklingsbidrag fra kommunerne.

Fra 1999 var de offentlige sygehuse gennem aftaler mellem Amtsrådsforeningen/Danske Regioner og regeringerne 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 sygehuse for øje. Indtil 2007 lød kravet på 1,5 pct., hvorefter det steg til to procent. Kravet blev fjernet som en del af finanslovsforhandlingerne i 2017. I takt med stigende behandlingsbehov er der fortsat behov for løbende effektivisering af alle ydelser i sundhedsvæsenet.

Derudover har der været en tradition for finansiering af udvalgte dele af sundhedsområdet gennem puljer og på anden måde øremærkede finanslovsbevillinger fx i forbindelse med implementeringen af politiske initiativer såsom kræftplaner.

De danske sundhedsudgifter ligger som andel af bruttonationalproduktet i den øvre del sammenlignet med andre OECD-lande (OECD 2021). Forskellige afgrænsninger af begrebet sundhedsudgifter, særligt i forhold til plejesektoren, betyder dog, at der er usikkerhed om denne vurdering. I en analyse 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"* (Søgaard Advice 2014).

Ibrugtagning af nye behandlinger 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 understøtte en retfærdig fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet. En række redskaber har været brugt for at understøtte denne prioritering. I 2000'erne udgav Sundhedsstyrelsen medicinske teknologivurderinger (Sundhedsstyrelsen 2007B) på en række områder. I disse blev inddraget økonomiske vurdering af sammenlignelige medicinske teknologier, så man *"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. Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning har desuden et element af prioritering, da den medvirker til ressourceeffektive patientforløb ved at understøtte robusthed og patientunderlag. Et eksempel på sidstnævnte er beslutningen om placering af ét behandlingssted for protonbehandling i Danmark. Der har derudover i tværregionalt regi været en række organiseringer, hvor prioriteringshensynet af i boende, herunder Koordineringsrådet for ibrugtagning af sygehusmedicin (KRIS)⁸ og Rådet for anvendelse af dyr sygehusmedicin (RADS)⁹, hvis opgaveporteføljer i 2017 er overtaget af Medicinrådet¹⁰. Senest er Behandlingsrådet¹¹ oprettet.

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 grundet den demografiske udvikling og indførelsen af udrednings- og behandlingsgarantier, pakkeforløb, ibrugtagning af nye behandlinger mv.

Det er en løbende og kompleks opgave at balancere hensynet til læring og videreuddannelse i en hverdag med stor aktivitet. Det er et rammevilkår, som fordrer planlægning og en organisatorisk robusthed for at kunne drage tilstrækkelig nytte af de læringssituationer der er i patientbehandlingen.

⁸ <https://www.regioner.dk/kris>

⁹ <https://rads.dk/>

¹⁰ <https://medicinraadet.dk/nyheder/2019/anbefalinger-om-tidligere-kris-anbefalinger>

¹¹ <https://behandlingsraadet.dk/om-behandlingsraadet>

3. Den lægelige videreuddannelse i dag

I dette kapitel beskrives den aktuelle lægelige videreuddannelse opdelt i følgende:

1. Det retslige grundlag
2. Opbygning
3. Specialestruktur
4. Indhold og læring
5. Den teoretiske uddannelse - kurser
6. Prognose og dimensionering
7. Organisering og styring
8. Kvalitetssikring og udvikling
9. Grunduddannelsen – medicinstudiet
10. Efteruddannelse
11. Lægelig videreuddannelse i udlandet

3.1. Det retslige grundlag

Den lægelige videreuddannelse reguleres af et omfattende sæt af regler, som beskrives i overordnede temaer i dette afsnit. Igennem hele kapitel 3 vil der være henvisninger til det gældende regelgrundlag. Der er en samlet oversigt over gældende regelgrundlag bagerst i rapporten.

3.1.1. Dansk retsgrundlag

Lov om autorisation af sundhedspersoner (Autorisationsloven) udgør lovhjemlen for hovedparten af de retsakter, der regulerer videreuddannelsen, og angiver den struktur, den lægelige videreuddannelse er bygget op efter.

Autorisationsloven forankrer den lægelige videreuddannelse i Sundheds- og Indenrigsministeriet. Her har Sundhedsstyrelsen overordnet opgaven med som øverste sundhedsmyndighed at tilvejebringe det faglige grundlag for uddannelsen, mens Styrelsen for Patientsikkerhed har myndighedsopgaven med at føre tilsyn med sundhedsvæsenet og sundhedspersonerne.

Ved bestået lægevidenskabelig eksamen og aflæggelse af lægeløfte opnås autorisation som læge. Autorisation offentliggøres i autorisationsregistret på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside.

Kun med autorisation følger retten til lægetitlen og til at udøve den sundhedsfaglige virksomhed, som er forbeholdt læger. Opretholdelse af autorisation igennem videreuddannelsen, og det videre arbejdsliv som læge, er et grundlag for patientsikkerhed.

Efter universitetsuddannelse skal læger gennemføre den kliniske basisuddannelse (KBU), for at få tilladelse til selvstændigt virke, som beskrevet i Bekendtgørelse om tilladelse til selvstændigt virke som læge. Uden tilladelse til selvstændigt virke må lægen kun foretage sig de lægeopgaver, som følger af ansættelse på sygehus eller i almen praksis, hvor en overordnet læge har det faglige ansvar. I Bekendtgørelsen om lægers kliniske basisuddannelse findes reglerne om KBU-uddannelsen, herunder den særlige geografiske fordeling af KBU-læger på baggrund af lodtrækning.

Efter opnået ret til selvstændigt virke kan lægen videreuddanne sig til en af de 39 godkendte specialer angivet i Bekendtgørelse om speciallæger. Denne definerer overordnet rammerne for uddannelsen, herunder at speciallægeuddannelsen består dels af et introduktionsforløb, en hoveduddannelse og en teoretisk uddannelse.

De mere detaljerede vilkår for uddannelsens gennemførelse fremgår af bekendtgørelsen om uddannelse af speciallæger. Denne fastsætter bl.a. specialuddannelsernes længde, krav til ansættelsesstederne og godkendelse af kompetencer. Ved gennemført speciallægeuddannelse offentliggøres specialet under lægens navn i autorisationsregistret.

De enkelte speciallægeuddannelsers kompetencer er defineret i målbeskrivelserne, som er udarbejdet af de lægevidenskabelige specialer og godkendt af Sundhedsstyrelsen.

Myndighederne har udarbejdet en række vejledninger til fortolkning af bekendtgørelsernes regler. Her til kommer vejledninger, der danner derudover grundlag for tilknyttede ordninger, som f.eks. om Inspektorordningen i den lægelige videreuddannelse. Andre vejledninger har karakter af instrukser til Videreuddannelsesregionerne om hvordan bekendtgørelserne skal administreres.

Det kan være nødvendigt for myndighederne at dispensere fra bekendtgørelsernes regler om den lægelige videreuddannelse på grund af andre tungtvejende hensyn. Dispensationspraksis er i nogle tilfælde formaliseret i såkaldte administrationsnotater, hvori myndighederne har forhåndsdispenseret fra bekendtgørelserne på baggrund af nærmere angivne vilkår.

Da uddannelse sker under ansættelse, spiller overenskomsterne en væsentlig rolle i den faktiske tilrettelæggelse, men de har ikke nogen formel rolle i den lægelige videreuddannelse.

3.1.2. Internationalt grundlag

Læge er et lovreguleret erhverv i forhold til anerkendelsesdirektivet, som er fuldt implementeret i dansk ret. Danmark er derfor forpligtet til automatisk anerkendelse af uddannelsesbeviser, der opfylder direktivets krav, og som er indmeldt af medlemslandene. Læger uddannet fra EU/EØS har således mulighed for automatisk udstedelse af dansk autorisation.

Det er Styrelsen for Patientsikkerheds praksis at meddele både autorisation og tilladelse til selvstændigt virke til ansøgere fra andre EU-lande, som har de tilsvarende erhvervede rettigheder i deres respektive lande, under forudsætning af, at de fremgår af anerkendelsesdirektivets bilag.

Anerkendelsesdirektivet definerer i hvilket omfang, der kan opnås merit ved skift fra et indmeldt speciale til et andet, således at der maksimalt kan meritoverføres 50 pct. af minimumsvarigheden (også betegnet 50 procent meritreglen).

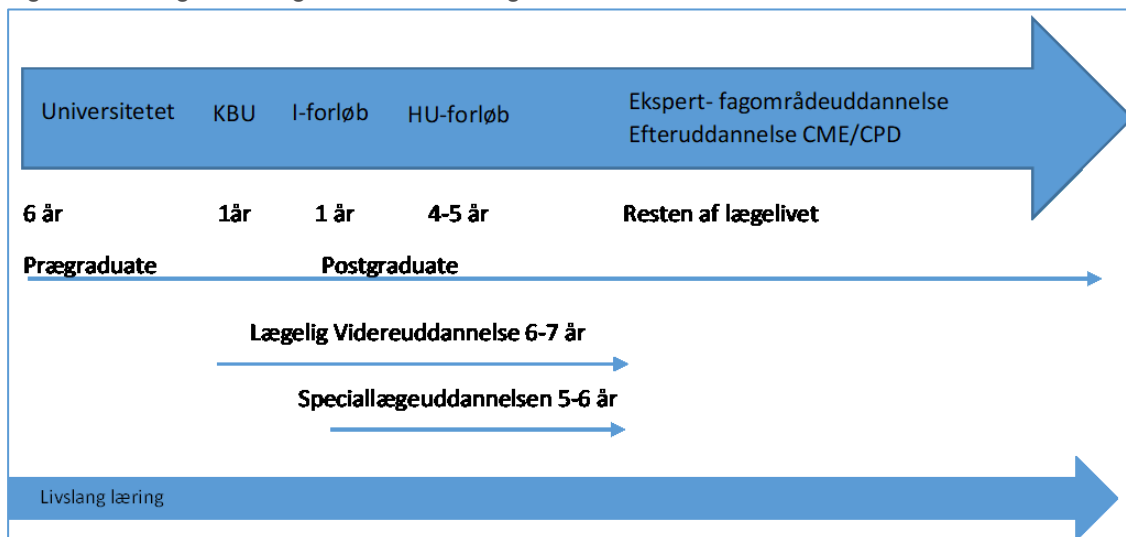
Udenlandsk uddannede læger, som ikke er omfattet af anerkendelsesdirektivet, kan få anerkendt hele eller dele af deres uddannelse ud fra en konkret vurdering. Danmark er dog ikke forpligtet hertil.

Af de 39 danske specialer er 38 anført i anerkendelsesdirektivets bilag V. Retsmedicin er ikke omfattet af automatisk anerkendelse. Udenlandske speciallæger i retsmedicin, eller specialer som ikke er en del af den danske specialestruktur, vil få foretaget en vurdering af, om der er væsentlige forskelle mellem deres speciallægeuddannelse og den danske speciallægeuddannelse.

3.2. Opbygning

Den lægelige videreuddannelse bygger oven på seks års universitetsuddannelse (bachelor og kandidatuddannelse i medicin) gennemført på et af de fire medicinske fakulteter. Efter afsluttet universitetsuddannelse og aflagt lægeløfte tildes autorisation som læge, hvilket er adgangsgivende til den kliniske basisuddannelse i den lægelige videreuddannelse. Efter godkendelse af den ét-årige kliniske basisuddannelse (KBU), kan lægen fortsætte i speciallægeuddannelsen inden for ét lægeligt speciale.

Figur 2. Oversigt over lægers uddannelse og videreuddannelsesforløb



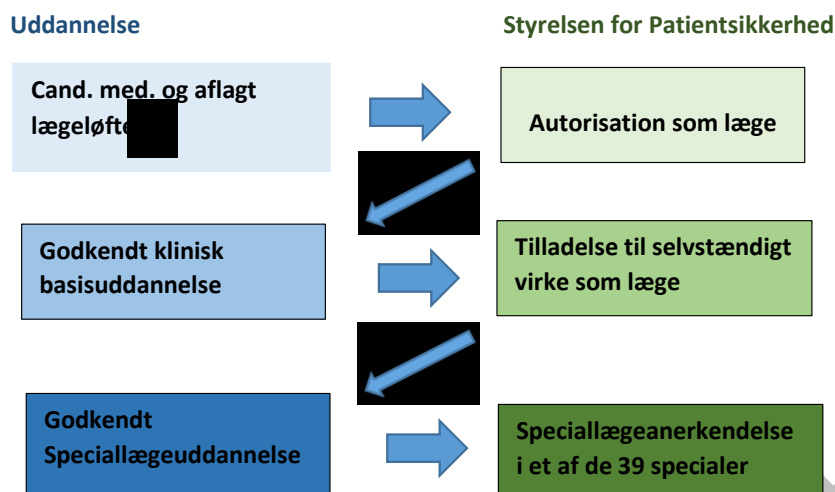
Note: Introduktionsforløb kan være ½ år i almen medicin, såfremt anden del af KBU har været i almen medicin.

Alle dele af den lægelige videreuddannelse er kompetence- og tidsstyrede; det vil sige at uddannelseslægerne skal opnå målbeskrevne kompetencer i hvert element af uddannelsen, og der pågår en progression af kompetencer gennem videreuddannelsen. Uddannelsesforløbets varighed skal samtidigt opfylde en for uddannelseselementet fastlagt tid.

Videreuddannelsen består af læring i klinisk arbejde, der langt overvejende sker under ansættelser på sygehuse og andre regionale institutioner, i almen praksis og for enkelte specialer i speciallægepraksis. Sideløbende med de kliniske ansættelser skal gennemføres obligatoriske kurser og i speciallægeuddannelsen et forskningstræningskursus og projekt.

Opnåede kompetencer, tidsmæssigt gennemførte forløb og obligatoriske kurser i videreuddannelsen dokumenteres i uddannelseslægens elektroniske logbog. På baggrund af denne dokumentation og efter ansøgning kan Styrelsen for Patientsikkerhed udstede tilladelse til selvstændigt virke og speciallægeanerkendelse.

Figur 3. Sammenhæng mellem gennemført uddannelse og modtagelse af autorisation samt tilladelse til selvstændigt virke og speciallægeanerkendelse



Den kliniske basisuddannelse

Formålet med den kliniske basisuddannelse er at skabe en læringsramme for nyuddannede lægers overgang fra den universitære uddannelse til det kliniske arbejde. Sundhedsstyrelsen og regionerne tilrettelægger hhv. tilmeldings- og ansættelsesproceduren således, at den kliniske basisuddannelse kan påbegyndes snarest muligt efter opnåelse af kandidatgrad. Lægen skal under supervision, lære at træffe kliniske beslutninger i forbindelse med modtagelse, udredning og behandling på baggrund af patientens sygehistorie og symptomer. Lægen lærer at tilegne sig kompetencer på en arbejdsplads, hvor hensynet til patienterne kommer først. Der skal (jf. Målbeskrivelsen for den kliniske basisuddannelse) i alt opnås 16 generelle kompetencemål i den kliniske basisuddannelse, som består af 12 måneders blokansættelse fordelt med seks måneder i to forskellige specialer og tre obligatoriske kurser.

Den første ansættelse i den kliniske basisuddannelse skal være på et sygehus. Alle specialer kan i princippet indgå i den kliniske basisuddannelse, såfremt lægen har mulighed for at opnå de generelle kompetencer, der er beskrevet i målbeskrivelsen. Aktuelt er besluttet, at anden del af alle kliniske basisuddannelsesforløb skal indeholde forløb i almen praksis (se afsnit 2.4.2).

Efter gennemført klinisk basisuddannelse kan lægen søge Styrelsen for Patientsikkerhed om tilladelse til selvstændigt virke, som er en forudsætning for at kunne få introduktionsuddannelsen i speciallægeuddannelsen godkendt.

Speciallægeuddannelsen

Formålet med speciallægeuddannelsen omfatter opnåelsen af to hovedelementer (beskrevet i Speciallægekommissionens betænkning fra år 2000):

1. Speciallæger skal kunne undersøge og behandle ca. 90 pct. af de patienter, der hører til i eget speciale på hovedfunktionsniveau.
2. Speciallæger skal have en høj professionel standard og en stor medicinsk ekspertviden, men skal også have evnen til at mestre en flersidig rolle og egenskaber, hvori blandt andet indgår ledelse, pædagogik, kommunikation og samarbejde. I Status og perspektiveringsrapporten fra 2012 blev det fastslået, at speciallægekompetencerne fortsat ønskes defineret og evalueret ud fra de syv lægeroller.

Speciallægeuddannelsen i Danmark er todelt bestående af et etårigt introduktionsforløb¹² og et 4- eller 5-årigt hoveduddannelsesforløb afhængigt af speciale.

Formålet med todelingen er, at der under introduktionsforløbet kan ske en gensidig egnethedsvurdering; hvor uddannelseslægen og uddannelsesstedet vurderer om det valgte speciale (og specialets arbejde) er egnet for uddannelseslægen, og om uddannelseslægen har evner, der kan matche kravene i specialet.

Hoveduddannelsesforløb er blokansættelser sammensat af de tre videreuddannelsesregioner, og der indgår som regel ansættelse på såvel afdeling med hovedfunktion som afdeling med specialiseret funktion. Der er krav om ansættelse på mindst to ansættelsessteder inden for specialet (tostedskravet), hver af mindst 12 måneders varighed, hvor et af forløbene skal være kontinuert. Ansættelsesvarigheden på de enkelte uddannelsessteder i hoveduddannelsesforløbet skal være på mindst seks måneder med mindre særlige målbeskrevne kompetencer kan opnås på kortere tid.

Under hoveduddannelsen skal samtlige kompetencer i specialets målbeskrivelse opnås (første dimension af videreuddannelsen), men samtidigt er der for de fleste læger også tid i forløbet til at dygtiggøre sig inden for specifikke områder efter individuelle faglige interesser og kvalifikationer (anden dimension af videreuddannelsen). Efter gennemført og godkendt hoveduddannelsesforløb kan lægen søge om speciallægeanerkendelse hos Styrelsen for Patientsikkerhed.

De ni intern medicinske speciallægeuddannelser er indlejret i den intern medicinske funktionsmodel indeholder en fælles introduktionsuddannelse og fælles grunduddannelse.

De fem kirurgiske speciallægeuddannelser indlejret i den kirurgiske funktionsmodel har et mindre fællesindhold bestående af en fælles kursusrække.

Ansættelsesprocessen er forskellig i de tre dele af videreuddannelse. De danskuddannede læger er garanteret et klinisk basisuddannelsesforløb et sted i Danmark. Introduktions- og hoveduddannelsesforløb besættes via opslag og ansøgning. Ansættelsesprocedure og forretningsorden for bedømmelsesudvalgene ved hoveduddannelsesforløb er formaliseret (Danske Regioner 2017) og grundet den nationale dimensionering af antal forløb, konkurrerer lægerne med hinanden om ansættelse i de udbudte hoveduddannelsesforløb i hvert speciale.

Tabel 1. Krav og procedure for søgning og ansættelse i videreuddannelsen

Videreuddannelses-element	Proces for ansættelse i et uddannelsesforløb
Klinisk basisuddannelse	Lægen tilmelder sig til ordningen via Sundhedsstyrelsen. Der er tilmelding 2 gange årligt – midt januar og midt august, og tilmelding kan kun foretages en gang. Efter tilmelding modtager lægen et lodtrækningsnummer med henblik på, hvornår der kan vælges forløb via basislaege.dk. Regionerne opretter et antal forløb på baggrund af Sundhedsstyrelsens fordeling, så alle tilmeldte til ordningen kan tiltræde et forløb almindeligvis 1-3 måneder efter afsluttet universitetsuddannelse.
Introduktionsforløb	Den enkelte afdeling ansætter lægen. Alle introduktionsforløb, undtagen i almen medicin og de ikke-regionale ansættelsessteder, opslås af de respektive afdelinger på sundhedsjobs.dk. Introduktionsstillinger på ikke-regionale ansættelsessteder opslås enten via institutionens egen hjemmeside eller via sundhedsjob.dk.

¹² Introduktionsforløbet i Almen Medicin er dog 6 måneder, hvis lægen har været i almen praksis under sin kliniske basisuddannelse.

Introduktionsstillinger i almen medicin opslås på sundhedsjobs.dk., men søges via videreuddannelsesregionen.

Hoveduddannelsesforløb

De enkelte videreuddannelsessekretariater opslår hoveduddannelsesforløb, som er godkendt af det regionale råd for lægers videreuddannelse i egen videreuddannelsesregion. I hver videreuddannelsesregion nedsættes som udgangspunkt ansættelsesudvalg for hvert speciale. I mindre specialer og ved forløb på tværs af videreuddannelsesregioner kan det være anderledes.

Proceduren for ansættelse i et hoveduddannelsesforløb er fastlagt af de fem regioner i et nationalt regelsæt.

3.4. Specialestruktur

Den nuværende specialestruktur består af 39 grundspecialer bygget op efter enten enhedsmodellen eller funktionsmodellen. Enhedsmodellen betegner specialeuddannelser uden fælles uddannelsesindhold med andre specialer. Funktionsmodellen er hvor en gruppe specialer har et klart afgrænset fælles uddannelsesindhold og fælles forløb som en del af uddannelsen.

Der er ni grundspecialer under den intern medicinske funktionsmodel, fem grundspecialer under den kirurgiske funktionsmodel, fire øvrige kirurgiske specialer og 21 øvrige specialer under enhedsmodellen. Særligt de intern medicinske og de kirurgiske specialer er afgrænset ud fra en organrelation. Samlet set er omkring halvdelen af specialerne afgrænset ud fra en organrelation.

Der er ét niveau for speciallægeanerkendelse, hvilket er niveauet, der giver mulighed for fastansættelse i sundhedsvæsenet. Specialestrukturen er kendetegnet ved få og brede specialer samt en varierende længde på speciallægeuddannelserne (48-60 måneder).

Speciallægeuddannelsernes længde (dvs. introduktions- plus hoveduddannelsesforløb) er fra 60 til 72 måneder. Det er speciallægeuddannelserne i de to funktionsmodeller (intern medicin og kirurgi), Akutmedicin og Klinisk Onkologi, der er 72 måneder, mens øvrige er 60 måneder¹³. Uddannelseslængderne baseres på speciallægekommissionens anbefalinger (fraset for Akutmedicin og Retsmedicin, der er oprettet senere), og der er ikke siden foretaget en systematisk gennemgang af specialernes uddannelseslængde.

Danmark har relativt få specialer sammenlignet med andre lande (tabel 2), og der er ingen myndighedsanerkendte subspecialer eller lignende.

Tabel 2. Lægelige specialer i udvalgte lande

Land	Antal specialer
Australien ¹⁴	23 specialer og 65 grenspecialer (fields of specialty practice)
Canada ¹⁵	67 specialer (inkl. subspecialer)
Danmark	39 specialer (grundspecialer)
Holland ¹⁶	63 lægelige specialer fordelt på 39 grundspecialer, 6 kirurgiske, 12 intern medicinske og 6 samfundsmedicinske profileringer/subspecialer

¹³ Det er muligt at skære 6 måneder af Almen Medicin introduktionsstilling, såfremt lægen har haft ansættelse i Almen Praksis under sin kliniske basisuddannelse, hvorfor denne speciallægeuddannelse kan gennemføres på 54 måneder.

¹⁴ <https://www.medicalboard.gov.au/registration/types/specialist-registration/medical-specialties-and-specialty-fields.aspx>

¹⁵ <https://www.royalcollege.ca/rcsite/specialties/about-specialties-unit-e>

¹⁶ <https://www.knmq.nl/opleiding-herregistratie-carriere/geneeskundestudie/overzicht-opleidingen-1.htm>

Norge ¹⁷	46 specialer
Sverige ¹⁸	63 lægelige specialer fordelt på 44 grundspecialer, 9 grenspecialer og 10 tillægs-specialer
Tyskland ¹⁹	63 specialer (inkl grenspecialer) fordelt på 33 grund og 30 grenspecialer. Derud-over 47 tillægsuddannelser
USA	128 specialer fordelt på 40 grundspecialer og 88 subspecialer
EU anerkendelsesdirektiv ²⁰	55

I 2003 blev den nuværende specialestruktur oprettet i forbindelse med, at den tidligere overbyg-ningsstruktur blev nedlagt. Der er siden 2003 oprettet to nye specialer; Retsmedicin i 2008 og Akut-medicin i 2018. Nye specialer kan oprettes af indenrigs- og sundhedsministeren efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen baseret på rådgivning fra det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse. Der er opstillet en række kriterier, som indgår i overvejelserne i forbindelse med oprettelse af et speciale, men der er ikke fastlagt konkrete krav, der skal være opfyldt for at et givent lægefagligt område, kan anerkendes som et speciale.

Specialekriterier

1. Det lægevidenskabelige områdes størrelse og omfang
 - Patientunderlag (helst stort)
 - Antal driftsenheder (repræsentation i alle tre videreuddannelsesregioner)
 - Speciallægeantal (tilstrækkeligt til at understøtte udvikling og uddannelse)
2. Det lægevidenskabelige områdes specificitet
 - Få berøringsflader med andre specialer vedr. funktion og uddannelse
 - Selvstændig forskningstradition
3. Specialestrukturen i sammenlignelige lande
 - I hvor mange EU- og EØS-lande specialet er anerkendt.

Kilde: Sundhedsstyrelsen 2017E

Indførelsen af specialet retsmedicin

Den drivende kraft bag oprettelsen af specialet Retsmedicin i 2008 var Justitsministerietsøn-ske om at sikre retsmedicinske kompetencer i Danmark. Før retsmedicin blev et selvstændigt speciale blev de retsmedicinske opgaver varetaget af læger med speciallægeanerkendelse i Patologisk anatomi og cytologi, der efterfølgende havde gennemført et 3-årigt certificerings-kursus i retsmedicin. Der er 22 retsmedicinere i Danmark (ultimo 2021).

¹⁷ Forskrift om specialistuddanning og specialistgodkendning for leger og tannleger (specialistforskriften) - Lovdata

¹⁸ <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2015-4-5.pdf>

¹⁹ https://www.bundesärztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/20210630_MWBO_2018.pdf

²⁰ Eu anerkendelsesdirektiv, bilag V

Indførelsen af specialet akutmedicin

Sundhedsvæsenet og særligt sygehuslandskabet gennemgik store organisatoriske forandringer fra 2007 blandt andet som en konsekvens af implementeringen af Sundhedsstyrelsens anbefalinger for et styrket akutberedskab. Anbefalingen om indførelse af den enstrengede indgang til sygehusene via de nye fælles akutmodtagelser ændrede på organiseringen af modtagelsen af patienter. Der indførtes samtidigt et krav om '*speciallægen i front*', så akutte patienter skulle tilses af en speciallæge. Kravet var et opgør med tidligere praksis, hvor det var almindeligt at nyuddannede og mindre erfarne læger varetog modtagelsen af akutte patienter i vagten. Ligeledes blev der angivet krav om hvilke specialer, der skulle være tilstede i vagten i varetagelsen af en opgave på et sygehus.

Det viste sig, at være en vedvarende udfordring at indfri målet om døgndækkende tilstedeværelse i en række specialer (Sundheds- og Ældreministeriet 2016). En undersøgelse i 2013 (Vive 2013) viste, at akutmodtagelserne kun i begrænset omfang havde læger ansat til at dække hele døgnet med speciallægekompetencer. Det fremgik af undersøgelsen, at en hovedproblemstilling var at få speciallægerne involveret tidligt i patientforløbene og i at få tilrettelagt effektive patientsforløb.

Sundhedsstyrelsen nedsatte i 2016 en arbejdsgruppe til at afdække og beskrive faglige og organisatoriske udfordringer på landets akutafdelinger med fokus på akutmedicinske kompetencer (Sundhedsstyrelsen 2017E), herunder en vurdering af indførelse af et speciale i akutmedicin. Arbejdsgruppen nåede ikke til enighed om en samlet indstilling om et nyt speciale, men Danske Regioner og regionerne formulerede en fælles holdning, der støttede oprettelsen af et speciale i akutmedicin. Heri fremgik, at det nye speciale sammen med andre specialer skulle udgøre en vifte af muligheder til at sikre en kompetent og udbredt speciallægedækning på det akutte område i Danmark. Desuden blev påpeget, at de øvrige nordiske lande havde indført akutmedicin som et speciale eller truffet beslutning om at oprette et speciale – ligesom både USA, Storbritannien, Canada og Australien og flere EU-lande i mange år havde haft et speciale i akutmedicin.

På baggrund af redegørelsen fra arbejdsgruppen (Sundhedsstyrelsen 2017E) indstillede Sundhedsstyrelsen i juni 2017 til oprettelsen af et speciale i akutmedicin i Danmark. I indstillingen var beskrevet fordele og ulemper ved oprettelse, hvor følgende hensyn underbyggede oprettelse af specialet:

- Akutmodtagelsen kan understøtte rekruttering af yngre læger, og yngre læger vil lettere kunne se en karrierevej i akutmedicin.
- Der vil blive øget prestige for læger i akutmedicin og bedre grundlag for forskning og udvikling på området.
- Der vil blive sat fokus på den akutte patient og kerneydelsen i akutmodtagelsen, herunder fokus på triage og flow og optimale sektorovergange, så effektiviteten og forløbskvaliteten øges med færre kontakter, mindre ventetid og færre indlæggelser.
- Etablering af specialet vil give mulighed for automatisk anerkendelse af udenlandske speciallæger i akutmedicin, og danske speciallæger i akutmedicin vil kunne anerkendes i udlandet.

Udfordringerne omhandlede, at det ville tage tid og kræve ressourcer at implementere uddannelsen, samt at samarbejdet med andre specialer skulle afklares herunder med placering af ansvar for patienten og at akutmedicineren skulle have særlige samarbejdskompetencer og kende til egne begrænsninger, så dennes og andre specialers kompetencer udnyttes bedst.

Sundhedsstyrelsen beskriver i indstillingen, at speciallæger i akutmedicin skal være specialister i den akutte og afklarende fase af et sygehuskrævende sygdomsforløb, at akutmedicinerne skal samarbejde tæt med sygehusets øvrige speciallæger og med sundhedsvæsenet uden for sygehusene. Det fremhæves, at forudsætning for at det nye speciale højner kvaliteten i akutmodtagelserne er, at alle specialer samarbejder om opgaven.

Den daværende sundhedsminister godkendte indstillingen, og akutmedicin blev oprettet som et selvstændigt speciale fra 1. januar 2018.

I forbindelse med godkendelsen af specialet blev der lavet en overgangsordningen med flere meriteringsmuligheder.

Der er aktuelt (ultimo 2022) 138 læger med speciallægeanerkendelse i akutmedicin, hvoraf 108 har en eller flere andre speciallægeanerkendelse – hyppigst Almen medicin eller et af de intern medicinske specialer.

Speciallægen i akutmedicin (og specialsygeplejersker) i akutmedicin fremhæves i 2020 i det opdaterede planlægningsgrundlag for den akutte sundhedsindsats som havende centrale roller over de kommende år i den akutte indsats.

3.5. Indhold og læring

Læring i klinisk arbejde

Speciallægeuddannelsen gennemføres i kliniske enheder, dvs organisatoriske enheder i sundhedsvæsenet, der varetager patientbehandling²¹, og det er som ansat uddannelseslæge, at kompetencer udvikles og vurderes. Målbeskrivelser, uddannelsesprogrammer og uddannelsesplaner for de enkelte uddannelsesforløb bruges som ramme til at beskrive hvad der skal læres hvor, hvornår, hvilke læringsmetoder, der bør anvendes og hvordan evaluering (kompetencevurdering) af uddannelseslægen skal foregå.

Målbeskrivelsen beskriver de kompetencer, der skal opnås i løbet af speciallægeuddannelsen og danner grundlag for udarbejdelse af uddannelsesprogrammer og planlægning af uddannelsesforløbene.

De specialebærende selskaber udarbejder målbeskrivelser for hvert speciale i samarbejde med Sundhedsstyrelsen, der også godkender målbeskrivelsen. Der er udarbejdet en skabelon i regi af

Kompetence - definition

Kompetence er lægens evne til at udføre de opgaver, og udfylde de roller, som forventes på et givet tidspunkt i lægens professionelle udvikling.

Kompetence omfatter:

- 1) Viden og færdigheder
- 2) Evne til at omsætte viden og færdigheder samt udnytte personlige evner i praksis og
- 3) Personlige evner og holdninger.

En kompetence er således ikke blot en lægefaglig færdighed, men indeholder elementer af flere lægeroller.

Kilde: Erault M & Du Boulay B. 2000

²¹ Samfundsmedicin er undtaget herfra

Sundhedsstyrelsen med tilhørende vejledninger, som anvendes ved udarbejdelse af målbeskrivelsen. Målbeskrivelsen består af en en generel del udarbejdet af Sundhedsstyrelsen og gældende for alle specialer, mens det er specialebærende selskaber, der har ansvaret for udarbejdelse af den specialespecifikke del af målbeskrivelsen herunder kursusrækken for de specialespecifikke kurser og forskningstræningen.

De specialebærende selskabers faglige ansvar for målbeskrivelser er historisk og begrundes i, at selskaberne forudsættes at have en naturlig faglig interesse i at have opdaterede målbeskrivelser *"dels i forhold til den faglige udvikling i specialerne og dels baseret på den erfaring, der opnås under anvendelsen af målbeskrivelser og uddannelsesprogrammer i uddannelsesforløbene"*. Der er ingen krav, regler eller fast praksis gældende for alle specialer for opdateringshyppighed af målbeskrivelser, men der foretages en løbende vurdering inden for hvert speciale.

Uddannelsesprogrammerne beskriver de kompetencemål, der skal opnås i de enkelte dele af et uddannelsesforløb. De konkretiserer målbeskrivelsen og er med til at fastlægge, hvad der skal læres hvor og hvornår. Uddannelsesprogrammer udarbejdes og godkendes i de tre videreuddannelsesregioner ud fra Sundhedsstyrelsens vejledning (VEJ nr 9587 af 2008).

Uddannelseslægen og ansættelsesstedet udarbejder inden for rammerne fastsat i uddannelsesprogrammet en individuel uddannelsesplan (VEJ nr 9587 af 2008). Uddannelsesplanen beskriver forventninger til kompetenceudvikling for den enkelte læge på det enkelte ansættelsessted, og hvorledes denne kompetenceudvikling forventes at finde sted. Planen udarbejdes typisk i den første måned af uddannelsesforløbet på det konkrete ansættelsessted.

De syv lægeroller definerer og beskriver roller og kompetencer, som læger skal mestre uanset speciale. Formål med at bruge beskrivelsen af lægerollerne er at udfolde og nuancere lægens rolle som mere end lægefaglig medicinsk ekspert. Lægerollerne er i dag en del af det strukturelle fundament for alle specialers faglige profiler og målbeskrivelser, og er med til at give både opmærksomhed og sprog i den kliniske hverdag til at de forskellige roller og kompetencer, som lægen skal kunne indtage.

Kompetencevurdering

Kompetencevurdering af uddannelseslægen er et centralt redskab i speciallægeuddannelsen som led i den fortløbende læringsproces i det daglige arbejde (formativ kompetencevurdering) og som en konsekvenshavende bedømmelse af målopfyldelsen (summativ kompetencevurdering). Grænsen mellem formativ og summativ kompetencevurdering er ikke skarp, og alle vurderinger skal følges op med feedback og nye læringsmål.

I den målstyrede speciallægeuddannelse skal lægens kompetenceopnåelse vurderes og dokumenteres. Det sker optimalt ved direkte observation og struktureret vurdering med brug af validerede kompetencevurderingsredskaber. Det er de specialebærende selskabers ansvar (VEJ nr 9005 af 2012), at definere et "kompetencevurderings-program" (Heeneman S et al. 2021), der vurderer kompetencen på forskelligt niveau og ved brug af forskellige metoder fastlagt i målbeskrivelsen samtidig med, at der skal tages hensyn til den kontekst kompetencen vurderes i. Det er implicit, at såvel opnåelse af kompetence som kompetencevurdering finder fortløbende sted i det daglige kliniske arbejde. I Danmark er således valgt en model, som der også generelt er fokus på internationalt, hvor der ikke er speciallægeeksamen. Speciallægeeksamener er udbredte i bl.a. USA, Canada og UK²², og de er typisk skriftlige eksamen. Der er ikke betydende faglige begrundelser eller viden, der understøtter indførelse af specialisteksaminer i en dansk kontekst. Der foreligger dog den mulighed f.eks. i forbindelse med kurser, at kursusarrangøren indlægger eventuelle tests, som skal bestås for godkendelse af kurset.

²² I UK er der inden for flere specialer krav om bestået "specialty certificate examination for at kunne blive en del af Royal College

3.6. Den teoretiske uddannelse - kurser

Læring i klinisk arbejde suppleres af den obligatoriske teoretiske uddannelse og selvstudium. Læringsmålene i kurserne skal primært rettes mod kompetencer, der er vanskelige at erhverve ved læring i klinisk arbejde. Det kan fx være inden for sjældne sygdomme, som ikke alle læger i et speciale vil stifte bekendtskab med i klinikken, procedurer der er vanskelige at udføre i klinikken af patientsikkerhedsmæssige hensyn eller hvor det er nødvendigt at opøve kompetencer gennem simulationstræning inden den udføres i klinikken.

Der skelnes mellem generelle og specialespecifikke kurser, som udvikles og afholdes af henholdsvis Sundhedsstyrelsen, videreuddannelsesregionerne²³ og af de specialebærende selskaber. Regionerne afholder udgifterne til de generelle kurser med undtagelse af "Sundhedsvæsenets Organisation og Ledelse, modul 2 (i daglig tale kaldet SOL 2), som udvikles og afholdes af Sundhedsstyrelsen. Staten finansierer en del af udgifterne til de obligatoriske specialespecifikke kurser.

Der er aktuelt 20 dages generelle kurser i den lægelige videreuddannelse i dag (heraf 9 dage i KBU), samt 20 dages forskningstræningsmodul (heraf bruges almindeligvis 10 dage på kurser) og op til 30 dages specialespecifikke kurser i speciallægeuddannelsen. Det samlede omfang af de generelle- og specialespecifikke kurser samt forskningstræning er derfor 70 dage²⁴ (se tabel 3). Det svarer til cirka fem pct. af den samlede uddannelsestid, hvor resten (95 pct.) foregår ved klinisk arbejde.

Tabel 3. Oversigt over kurser i den lægelige videreuddannelse, varighed og ansvarlig myndighed

Kursus aktivitet	Kurser	Ansvarlig myndighed
Generelle kurser Obligatoriske tværfaglige kurser i kommunikation, ledelse, administration, samarbejde og pædagogik (20 dage i alt)	Generelle kurser i den kliniske basisuddannelse - 9 dage: Akut behandling og transport Kommunikation Læring /Pædagogik	Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse
	Generelle kurser i introduktions- og hoveduddannelse – 11 dage: Klinisk vejledning (2 dage) Sundhedsvæsenets organisation og ledelse (SOL 1-3) (9 dage)	Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse (Sundhedsstyrelsen er ansvarlig for SOL 2)
Forskningstræning Obligatoriske kurser i forskningsmetodologi og forskningstræning (20 arbejdsdage)	Forskningstræning - 20 arbejdsdage (heraf 10 kursusdage)	Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse
Specialespecifikke kurser (ca. 30 arbejdsdage)	Max. 6 uger – 210 timer	Hovedkursuslederne i det enkelte speciale (De videnskabelige selskaber) og Sundhedsstyrelsen

Kilde: VEJ nr 9689 af 2017, VEJ nr 9153 af 2011, VEJ nr 9164 af 2014 og VEJ nr 9320 af 2012

²³ Fraset kursus i Sundhedsvæsenets organisering og ledelse, 2, der afholdes af Sundhedsstyrelsen

²⁴ Ca. 68 kursusdage (både generelle og specialespecifikke kurser af 210 timer svarende til 28,3 dage) samt forskningstræning ud af ca. 1320 dage i alt (6 år à 220 arbejdsdage)

Generelle kurser

De regionale råd for lægers videreuddannelse er ansvarlige for evaluering af de generelle kurser, dog ikke Sundhedsstyrelsens SOL 2. Formålet med evalueringerne er fortløbende at vurdere om der er behov for ændringer af kursets form, indhold, kursusmateriale, kursusmetoder mv. Evalueringsform, evalueringspunkter og skalaer varierer mellem de tre videreuddannelsesregioner

Specialespecifikke kurser

De specialebærende selskaber er ansvarlige for gennemførelse og udvikling af de specialespecifikke kurser. Kurserne bliver tilrettelagt af en hovedkursusleder og kurserne er delvist beskrevet i specialets målbeskrivelse. Hovedkursuslederne er udpeget af de videnskabelige selskaber og har en væsentlig rolle i forhold til afholdelsen af de specialespecifikke kurser og medvirke til at indholdet er fagligt relevanti samarbejde med eventuelle delkursusledere. Sundhedsstyrelsen har udgivet en håndbog for hoved- og delkursusledere (Sundhedsstyrelsen 2022B), der understøtter arbejdet som hoved- og delkursusledere.

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet vejledninger for afholdelse af de obligatoriske kurser i videreuddannelsen (VEJ nr 9320 af 2012). Der skal for hvert kursus udarbejdes en kursusbeskrivelse, der indeholder de formelle detaljer omkring kurset herunder kursets læringsmål. Der er ikke centrale krav om, hvor hyppigt kursusrækken revideres, men det anbefales som minimum at ske samtidig med revision af målbeskrivelsen for det enkelte speciale.

Sundhedsstyrelsen godkender den samlede kursusrække i forbindelse med godkendelse af målbeskrivelsen for specialet, samt administrerer den statslige finansiering af udgifterne til afholdelse af de specialespecifikke kurser inden for en årligt fastsat ramme på finansloven.

De specialespecifikke kurser afholdes i de fleste specialer kun for uddannelseslæger i eget speciale, og praksis er således ikke at afholde fælles kurser på tværs af specialer. Der findes dog undtagelser med fælleskurser, blandt andet i de intern medicinske specialer, en del af de kirurgiske specialer, samt mellem samfundsmedicin og arbejdsmedicin.

Der er centrale krav til at få kurset godkendt. Kursisten skal have deltaget aktivt, have afleveret eventuelle opgaver til tiden og have demonstreret de færdigheder, som skal opnås på kurset samt have under 10 pct fravær fra undervisningen. Der er ikke krav om bestået eksamen efter afslutning af kursus, men nogle specialer har udviklet præ-test af kursister med henblik på forberedelse og afsluttende test.

Omfanget af de specialespecifikke kurser varierer, men må ikke overskride en samlet varighed på 210 timer (Vej nr 9320 af 2012).

Historisk har enkelte specialer haft flere kursustimer end den fastlagte ramme (fx klinisk fysiologi og nuklearmedicin). Dette er blevet tilgodeset og godkendt, hvis der har været tungtvejende argumenter for en overskridelse. I flere specialer forventes yderligere specialespecifik kursusaktivitet. Det gælder bl.a. psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri hvor der indgår grunduddannelse i psykoterapi. De ekstra kursustimer efterlader færre timer til læring i klinikken.

Hovedkursuslederne skal en gang årligt give systematisk tilbagemelding til Sundhedsstyrelsen som dokumentation for kursernes afholdelse og funktion. Der er i vejledningen anført krav om brug af et simpelt evalueringsskema, der indeholder spørgsmål om kursisternes viden om kursusformålet, samt om kurset har levet op til formålet, men der er ikke fastlagt yderligere centrale krav til evalueringstype- og indhold. Der er uens praksis i evaluering af de specialespecifikke kurser dels fra spe-

ciale til speciale og dels fra kursus til kursus. Sundhedsstyrelsen modtager således ikke årlige evalueringer fra alle specialer, ligesom Sundhedsstyrelsen ikke har etableret en fastlagt behandlingsproces ved modtagelsen af evalueringerne.

Forskningstræning

Formålet med forskningstræningsmodulet er, at bidrage til, at speciallægen selvstændigt kan op-søge, vurdere og udvikle ny viden, samt til at speciallægen kan anvende og formidle denne viden i et vidensbaseret sundhedsvæsen. En speciallæge bør således inden for eget speciales virkeområde besidde kompetencen til at op-søge og kritisk vurdere forskningsresultater.

Speciallæger har varierende forskningserfaring i de forskellige specialer ved tiltrædelsen af hoveduddannelsesforløbet. Forskningstræningsmodulet er obligatorisk, men der er mulighed for at få dispensation fra hele eller dele af modulet, hvis uddannelseslægen har forskningserfaring fx ved gennemført ph.d. uddannelse.

Rammen for forskningstræningsmodulet er i alt 20 arbejdsdage, fordelt på maksimalt 10 dage til en teoretisk del (kurser) og de resterende dage til selvstændigt arbejde med et mindre projekt.

Kursusstrukturen planlægges fleksibelt i de tre videreuddannelsesregionerne og de centrale krav er 5-10 kursusdage omhandlende dels generel forskningsmetodologi og dels mere speciale- eller metodespecifikke emner. For hovedparten af specialerne er der en opdeling på mindst to kurser som sammenlagt er af 10 dages varighed.

I den teoretiske del indgår et introduktionskursus på 3 dage, som videreuddannelsesregionerne udbyder sammen med universiteterne, hvor der præsenteres forskellige forskningstyper, en række statiske metoder, systematisk søgning af viden samt træner de uddannelseslægerne i at opstille en hypotese. Universiteterne udbyder også ét eller flere overbygningskurser. Nogle specialer, fx almen medicin, anæstesiologi, gynækologi & obstetrik samt kirurgi har specialespecifikke moduler til egne hoveduddannelseslæger, mens andre specialer benytter de generelle overbygningskurser udbudt af universiteterne.

3.7. Prognose og dimensionering

Der skal være et tilstrækkeligt antal læger til rådighed i sundhedsvæsenet for befolkningen. Tilrettelæggelsen af videreuddannelsen anvendes til at understøtte en hensigtsmæssig fordeling inden for specialerne og geografisk, hvorved uddannelsesmulighederne og -kapaciteten samtidig udnyttes i hele landet. Ud fra en samfundsøkonomisk og ressourcemæssig betragtning er det vigtigt, at der kun uddannes det antal speciallæger, som der er brug for. Ligeledes er det vigtigt, at der er en god balance mellem kandidatproduktionen fra medicinstudierne, videreuddannelseskapacitet og speciallægeproduktion. Det er en rettighed for læger uddannet i Danmark at kunne få et uddannelsesforløb i den kliniske basisuddannelse, der derfor ikke dimensioneres. Her tilpasses uddannelseskapaciteten antallet af ansøgere.

Sundhedsstyrelsen har ansvaret for dimensionering. Speciallægeproduktionen reguleres via dimensionering af hoveduddannelses- og introduktionsforløb. Der tages hensyn til forskellige faktorer og aktører ved udarbejdelsen af dimensioneringsplaner. De væsentligste faktorer er: den forventede udvikling i udbuddet af læger og speciallæger fremskrevet i den gældende lægeprognose, den beregnede tilgang til den lægelige videreuddannelse, udvikling i antal beskæftigede speciallæger og aldersfordelingen, foregående års dimensioneringsplaner, opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb og besættelsesgrader i de enkelte videreuddannelsesregioner og på landsplan.

Til vurderingen af det fremtidige behov for læger og speciallæger indgår skriftlige høringssvar fra bl.a. specialebærende selskaber og fagpolitiske organisationer, videreuddannelsesregioner og regioner. Derudover indgår en vurdering af uddannelseskapaleteten i videreuddannelsessystemet, udviklingen i demografi og sygdomsmønstre og endelig et hensyn til et tilstrækkeligt fleksibelt system, hvor der er mulighed for at justere antallet af uddannelsesforløb i dimensioneringsperioden, heriblandt videreuddannelsesregionernes mulighed for at flytte ubesatte uddannelsesforløb til andre specialer med større efterspørgsel.

3.7.1. Lægeprognosen

Lægeprognosen belyser den forventede udvikling i udbuddet af læger og speciallæger. Der udarbejdes dels et grundscenarie af udvikling i udbuddet af læger og et hovedscenarie, som udgør prognosens hovedfremskrivning af udvikling i udbuddet af speciallæger (se figur 4). Herudover udarbejdes scenarier, hvor der eksempelvis er ændret i antagelser om antallet af nyuddannede kandidater, ændret pensionsalder mv.

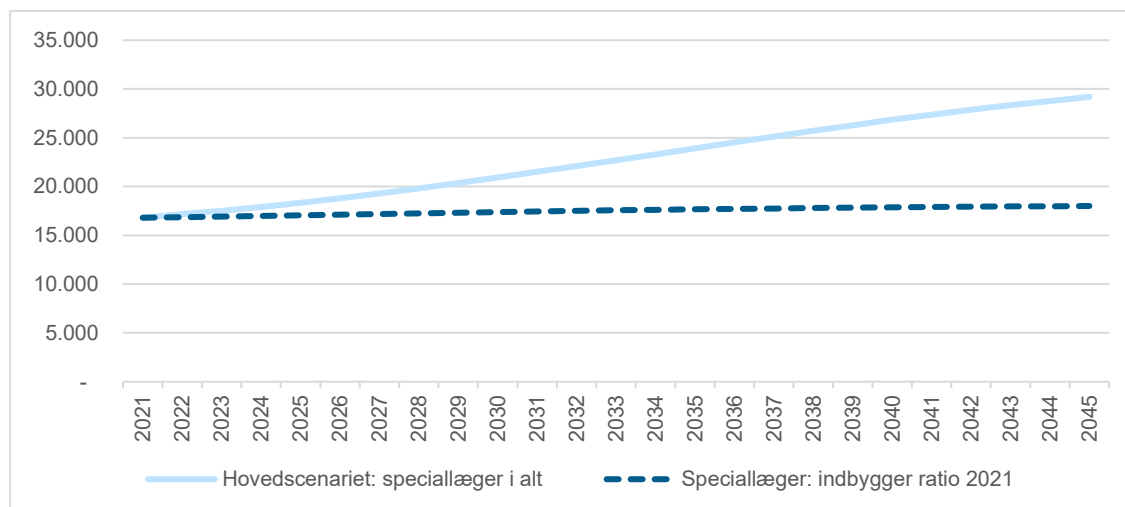
Prognosen danner grundlag for drøftelser mellem aktørerne om den forventede fremtidige lægelige arbejdsstyrke, og prognosen fungerer som et scenarietværktøj i fastsættelsen af antallet af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen. Derudover indgår prognosen i Prognose- og Dimensioneringsudvalgets arbejde i forbindelse med rådgivning om størrelsen af kandidatproduktionen.

Prognosen indeholder tekniske fremskrivninger af udbuddet af læger og speciallæger. Fremskrivningerne kan bruges til at belyse den fremtidige balance mellem udbud og nuværende antal læger/speciallæger pr. 1.000 indbyggere.

Endvidere beskrives den historiske udvikling på det lægelige arbejdsmarked, og tendenser af betydning for behovet for læger i fremtidens sundhedsvæsen (se evt. Lægeprognose 2021-2045, kap.4).

Prognosen er baseret på en simuleringsmodel, hvor lægers fremtidige tilknytning til arbejdsmarkedet og uddannelse til speciallæge er baseret på historiske overgangssandsynligheder. Antallet af nye autoriserede læger samt fratrækningen af læger, der forlader arbejdsstyrken (orlov, pension og død) danner grundlaget for modellen.

Figur 4. Hovedscenariet inkl. orlov og ratio antal speciallæger pr. 1.000 indbyggere som i 2021



Kilde: Prognosekørsel (Sundhedsdatastyrelsen) og Danmarks Statistik

3.7.2. Dimensioneringsplanen

Sundhedsstyrelsen fastsætter i dimensioneringsplanen årlige rammer for dimensionering af introduktions- og hoveduddannelsesforløb i hver enkelt videreuddannelsesregion og for hvert enkelt speciale, derved reguleres antallet af speciallæger (BEK nr 96 af 2018). Udmøntningen af dimensioneringsplanen sker via opslag og besættelse af forløb, hvilket varetages af videreuddannelsesregionerne.

Ved udarbejdelsen af dimensioneringsplanen indgår 1) en samlet vurdering af behovet for speciallæger, når der tages højde for, at fem pct. af danskuddannede læger ikke opnår speciallægeanerkendelse, fx grundet karriere i medicinalindustrien, i universitetsverdenen el.lign., 2) uddannelsesstedernes uddannelseskapalet og 3) hensynet til at fordele uddannelseslægerne i hele landet via fastlæggelsen af antallet af hoveduddannelsesforløb i den enkelte videreuddannelsesregion.

Dimensioneringsplanen udarbejdes efter rådgivning fra Prognose og Dimensioneringsudvalget under det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse, og Task Force for dimensionering af speciallæger.

Antallet af introduktionsforløb fastsættes i forhold til antal hoveduddannelsesforløb. Der anføres et minimum og et maksimum antal forløb for hvert speciale²⁵. Ved fastlæggelsen af antal introduktionsforløb sikres, at der tilvejebringes et tilstrækkeligt antal til at få kvalificerede ansøgere til hoveduddannelsesforløbene. Samtidig tilstræbes, at der er en balance mellem antallet af forløb mellem specialerne, at der er tilstrækkelig uddannelseskapalet og en balance mellem introduktions- og hoveduddannelsesforløb. Der er flere introduktionsforløb end hoveduddannelsesforløb hvilket giver mulighed for at læger kan afprøve flere forskellige specialer inden endeligt specialevalg og i øvrigt opnå et kendskab til andre specialer, der kan være nyttige ved det endelige valg af speciale.

I de to seneste dimensioneringsplaner (Sundhedsstyrelsen 2020B) er der givet mulighed for, at videreuddannelsesregionerne kan konvertere ubesatte hoveduddannelsesforløb til andre specialer, såkaldte fleksforløb, inden for den overordnede ramme af antal hoveduddannelsesforløb.

²⁵ Siden 2014 har det været muligt for videreuddannelsesregionerne at øge antallet af introduktionsstillinger ud over det fastsatte maksimum, uden at Sundhedsstyrelsen skal godkende det. Øgningen skal have et rekrutteringsmæssigt sigte. Det følger af beslutning i det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse den 11. juni 2014

Videreuddannelsesregionerne og andre aktører, herunder faglige selskaber har mulighed for at ansøge Sundhedsstyrelsen om ændringer i den gældende Dimensioneringsplan, herunder ansøgning om yderligere midlertidige hoveduddannelsesforløb. Det kan fx være relevant i forbindelse med etablering af en ny afdeling eller kapacitetsbegrænsninger inden for et speciale mv. Ansøgningerne om ændringer i dimensioneringsplanen behandles almindeligvis i Prognose- og Dimensioneringsudvalget, hvorefter Sundhedsstyrelsen fastlægger en eventuel ændring.

Sundhedsstyrelsen udgiver årligt en opgørelse af opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen, baseret på indberetninger fra de Regionale Råd for Lægers videreuddannelse (se figur 13 og tabel 9). Desuden udarbejdes en årlig opgørelse over besatte introduktionsforløb.

3.8. Organisering og styring

Centralt niveau

Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed har tilsammen det overordnede ansvar for rammerne for den lægelige videreuddannelse.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet kan fx fastsætte regler for videreuddannelsesinstitutionernes organisation og finansiering, uddannelsernes indhold og turnus.

Sundhedsstyrelsen er ansvarlig for de overordnede faglige rammer for den lægelige videreuddannelse. Således fastsætter og udmelder Sundhedsstyrelsen dimensioneringen af videreuddannelsen, og opstiller krav til indhold og mål for videreuddannelsen samt påser, at der sker fortløbende vurderinger, tilpasninger og justeringer af såvel den kliniske basisuddannelse som speciallægeuddannelsen.

Styrelsen for Patientsikkerhed er autorisationsmyndighed, meddeler autorisation, tilladelse til selvstændigt virke og tilladelse til at betegne sig som speciallæge. Den varetager også regelsættet for vurdering af, om udenlandsk uddannede læger og speciallæger opfylder betingelser for dansk autorisation/speciallægeanerkendelse.

Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse rådgiver sundhedsmyndighederne om spørgsmål, der vedrører den lægelige videreuddannelse. Det er fx om oprettelse af specialer, ændring af videreuddannelsernes længde og indhold, overordnede retningslinjer for udstedelse af tilladelser og speciallægeanerkendelser samt retningslinjer for dispensationer. Endelig rådgiver det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelser Sundhedsstyrelsen om dimensionering, bl.a. via Prognose og Dimensioneringsudvalget.

De Lægevidenskabelige selskaber udarbejder de specialespecifikke dele af målbeskrivelserne for de enkelte specialer og de er ansvarlige for gennemførelse og udvikling af de specialespecifikke kurser.

Regionalt niveau

Det regionale niveau for lægelig videreuddannelse består af de tre Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse med tilhørende videreuddannelsessekretariater (Syd, Nord og Øst). De fem regioner har ansvar for at sikre, at beslutninger fra de tre regionale videreuddannelsesråd udmøntes.

De regionale videreuddannelsesråd har ansvaret for at tilpasse uddannelseskapaleteten løbende, sikre en smidig håndtering af de individuelle uddannelsesforløb samt kvalitetssikre og -udvikle af videreuddannelsen (BEK nr 1706 af 2006).

Videreuddannelsessekretariatene har den konkrete opgave med at tilrettelægge uddannelsesforløb og betjene de regionale råd. Sekretariatene har en væsentlig funktion i videreuddannelsesrådenes koordinerende arbejde og indgår i et tæt samarbejde med de instanser, der varetager den lægelige videreuddannelse, herunder ikke mindst de regionale sundhedsvidenskabelige fakulteter og den pædagogisk-udviklende funktion (se afsnit 3.8).

Danske Regioner varetager koordination af regional politikudvikling og interessevaretagelse af regionernes behov og hensyn i forhold til den lægelige videreuddannelse.

Lokalt niveau

De uddannelsesgivende enheder er ansvarlige for rammerne for kompetenceudvikling, og de skal blandt andet tilrettelægge læring og kompetencevurdering i enhedens daglige arbejde.

På sygehusene udnævner ledelsen en uddannelsesansvarlig overlæge (UAO), der er ansvarlig for uddannelsen i afdelingen. Sammen med afdelingsledelsen skal den uddannelsesansvarlige overlæge sørge for uddannelseskvaliteten og læringsudbyttet og skal derfor bl.a. medvirke til at få etableret et godt læringsmiljø, foretage evaluering af uddannelsen, etablere vejlederfunktioner og iværksætte initiativer til forbedring af uddannelsen på afdelingen. Uddannelsesansvarlige overlæger er ansvarlige for, at der er opdaterede uddannelsesprogrammer, og at alle uddannelseslæger har en uddannelsesplan. Der var 654 speciallæger med uddannelsesansvar per januar 2022 (bilag 11).

Alle uddannelseslæger skal tildeles en hovedvejleder, som hjælper og vejleder den uddannelsessøgende læge i alle uddannelsesrelaterede forhold under ansættelsen. Hovedvejleder udnævnes af den uddannelsesansvarlige overlæge og er mindst et uddannelsesstrin højere end den uddannelsessøgende læge. Derudover kan enhver læge på afdelingen fungere som daglig klinisk vejleder og supervisere, vejlede og give feedback til kollegaer i den daglige arbejdsituation, så kompetencedeling og øget læring foregår i videst muligt omfang.

Lokale uddannelsesfunktioner

Udover uddannelsesansvarlige overlæger kan der være følgende funktioner lokalt på sygehuse og regionalt i almen praksis, der bistår med organisering og styring af uddannelsesopgaven.

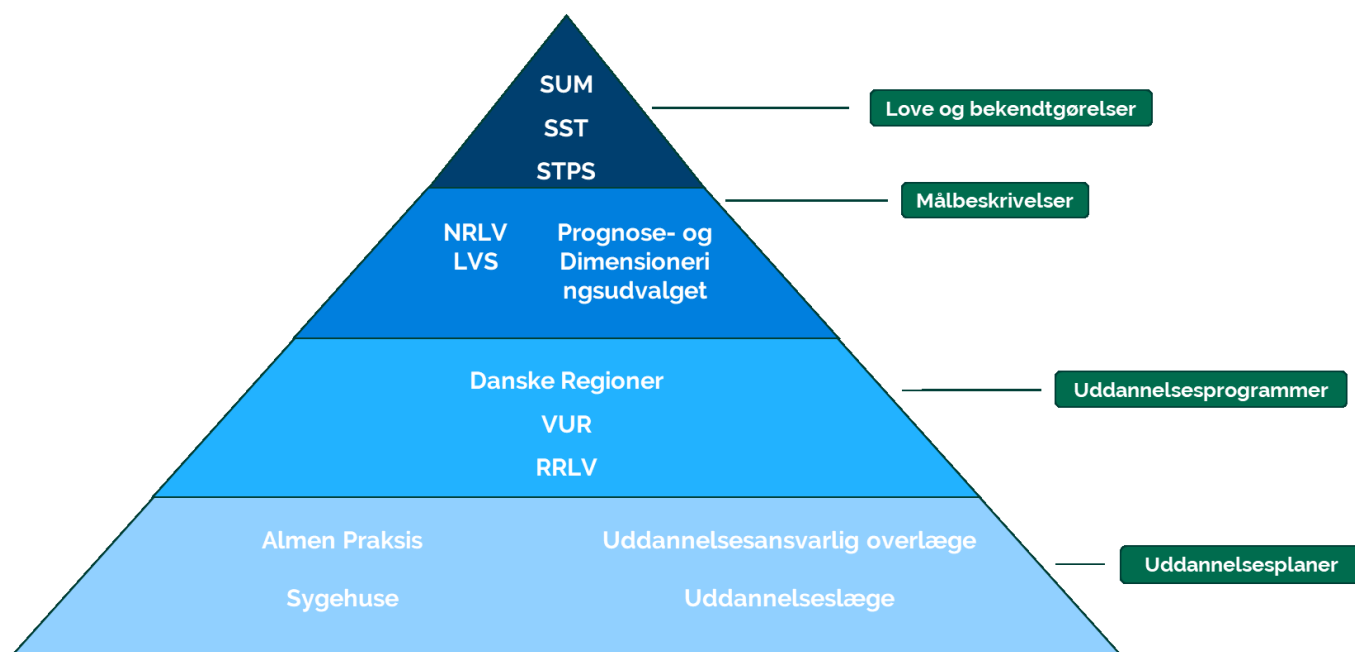
Uddannelseskoordinerende yngre læge (UKYL) er en funktion, som kan tildeles en eller flere uddannelseslæger i en afdeling. Funktionen skal bidrage til øget fokus og kvalitet i forhold til den lægelige videreuddannelse i afdelingen og varetages under vejledning af og i samarbejde med den uddannelsesansvarlige overlæge. I januar 2022 havde 90 pct. af de uddannelsesansvarlige overlæger ansat en eller flere uddannelseskoordinerende yngre læger i deres afdeling.

Uddannelseskoordinerende overlæge (UKO) er en overlæge eller cheflæge, der har til opgave at rådgive sygehusledelse og afdelingsledelser, og på tværs af afdelinger at koordinere uddannelsesinitiativer, samt kvalitetssikre og videreudvikle videreuddannelsen på afdelingerne. To ud af tre uddannelsesansvarlige overlæger havde i januar 2022 en uddannelseskoordinerende overlæge i deres organisation. Funktionen er mest udbredt i Videreuddannelsesregion Nord og mindst i Øst.

Almen medicinske uddannelseskoordinatorer (AMU). I hver region er ansat almen medicinske uddannelseskoordinatorer (AMU), der medvirker til at sikre videreuddannelsen af læger i almen medicin. På landsplan er der 36 almen medicinske uddannelseskoordinatorer (opgjort april 2022)

Yngre almen medicinske uddannelseskoordinerende læge (DYNAMU). Uddannelseslæger i almen praksis kan tildeles funktionen og indgår i løsning af uddannelsesopgaven i almen praksis regionalt sammen med almenmedicinske uddannelseskoordinatorer og postgraduate kliniske lektorer.

Figur 5. Centrale aktører i den lægelige videreuddannelse



Kilde: Egen tilvirkning.

Ordforklaring:

SUM: Sundhedsministeriet

SST: Sundhedsstyrelsen

STPS: Styrelsen for Patientsikkerhed

NRLV: Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse

LVS: Lægevidenskabelige Selskaber

VUR: Videreuddannelsesregioner

RRLV: Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse

3.9. Kvalitetssikring og -udvikling.

Der er to nationale systemer for evaluering af den lægelige videreuddannelse, der skaber centrale data om kvalitet i den lægelige videreuddannelse: Sundhedsstyrelsens inspektorordning og uddannelseslægenes slutevaluering af uddannelsesstederne via evalueringsværktøjet uddannelseslaege.dk (tidligere evaluer.dk).

Derudover er der obligatorisk evaluering af kurserne i videreuddannelsen.

3.9.1. Evaluering af uddannelsessteder

Formålet med evaluering af uddannelsesstederne er at belyse styrker og svagheder, og give grundlag for at udvikle stedets uddannelsesfunktion. Regionerne har ansvaret for opfølgning på evalueringer af uddannelsesstederne og resultaterne af evalueringerne indgår i Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelses arbejde (VEJ nr 10527 af 2015).

Alle uddannelsesforløb evalueres af uddannelseslægen ved besvarelse af 26 spørgsmål via uddannelseslaege.dk. Før efteråret 2022 foregik evalueringen via hjemmesiden evaluer.dk, der blev udviklet af regionerne i 2009 (Sundhedsstyrelsen 2012)) og er blevet benyttet i slutevalueringerne siden 2010 af alle tre videreuddannelsesregioner. Evalueringer af uddannelsesstederne offentliggøres. Der er ikke et formelt krav om, at uddannelseslægerne skal gennemføre en evaluering, men erfaringen er, at tre ud af fire uddannelseslæger udarbejder en evaluering.

Udover evalueringen på uddannelseslaege.dk foretager uddannelsesstedet løbende interne evalueringer, der fastsættes af uddannelsesstedet selv, samt gennemfører afsluttende samtaler med uddannelseslægerne enten før eller efter den elektroniske (skriftlige) evaluering.

3.9.2. Inspektorordningen

Inspektorordningen skal bidrage til kvalitetssikring og løbende kvalitetsudvikling af den lægelige videreuddannelse på de enkelte enheder (sygehusafdelinger mv.), som har læger i videreuddannelsesforløb. Ordningen omfatter ikke almen praksis og speciallægepraksis.

Ordningen er en peer-baseret kvalitetsinspektion og -udvikling. Ordningen virker gennem besøg på afdelingerne af Sundhedsstyrelsens uddannede inspektorer. Inspektorerne er almindeligvis speciallæger i samme speciale hvor afdelingen har uddannelsesfunktion, men kan være fra andet speciale.

Forud for inspektorbesøg skal afdelingen foretage en vurdering af uddannelsesforholdene bl.a. ved at udfylde en selvevalueringsrapport i samarbejde med afdelingens læger og eventuelt andre relevante personalegrupper. Inspektorerne sammenholder afdelingens egen vurdering med de oplevede forhold. Inspektorerne planlægger besøget sammen med afdelingen, hvor sygehusledelsen skal deltage (Sundhedsstyrelsen 2016B).

Ved inspektorbesøget vurderer inspektorerne kvaliteten af varetagelsen af den lægelige videreuddannelse og bidrager til facilitering af uddannelsen gennem formidling af gode erfaringer og råd til afdelingen samt forslag til ændringer i rutiner og uddannelsesmiljø. Besøget afsluttes med en af rapportering, der belyser indsatsområder, der kan forbedre uddannelsesmiljøet. Efter besøget følger afdelingen op på de aftalte indsatsområder. Inspektorrapporter bliver kommenteret af Sundhedsstyrelsen, som udvælger særlige indsatsområder.

Der er et mål om, at uddannelsesgivende afdelinger mindst har inspektorbesøg hvert fjerde år. Afdelinger med uddannelsesmæssige svagheder og problemstillinger besøges hyppigere. Inspektorrapporterne og Sundhedsstyrelsens kommentarer til rapporten offentliggøres på Sundhedsstyrelsens hjemmeside. Ved rapporter, som beskriver væsentlige mangler i forhold til varetagelsen af videreuddannelsen, kan Sundhedsstyrelsen iværksætte tiltag, fx i form af henvendelse direkte til afdelingen og/eller videreuddannelsesregionen.

Til Inspektorordningen har Sundhedsstyrelsen tilknyttet en følgegruppe, der løbende medvirker i udvikling af ordningen.

3.9.3. Regional kvalitetssikring og udvikling

I alle regionale råd for lægers videreuddannelse er der fast gennemgang af inspektorrapporter og data fra uddannelseslaege.dk. Derudover varierer det, hvordan der arbejdes med at dokumentere, sikre og udvikle kvaliteten af videreuddannelsen. Et eksempel er Videreuddannelsesregion Nord der siden 2020 har arbejdet med en monitorering af kvaliteten, der supplerer de nationale kvalitetsdata og de lokale kvalitetsdata, der udarbejdes på uddannelsesenhederne som fx årsrapporter²⁶. Monitoreringen omfatter fire elementer:

- Forskning og udvikling inden for medicinsk pædagogik
- Udvikling af uddannelsesgiverne (Faculty development), herunder kompetenceudvikling af postgraduate kliniske lektorer og kvaliteten i den teoretiske uddannelse af øvrige uddannelsesgivere (uddannelsesansvarlige overlæger, vejledere, uddannelseskoordinerende yngre læger m.fl.)
- Obligatoriske generelle kurser og forskningstræning
- Strukturer og formelle rammer

²⁶ Eksempelvis Årsrapport 2021 for den lægelige videreuddannelse på Aarhus Universitetshospital

Modellen er bygget op efter den internationalt anerkendte og udbredte forbedringsmodel, kvalitetscirklen (Plan-Do-Study-Act).

Afrapportering fra Videreuddannelsessekretariatet sker til rådet to gange om året. Første afrapportering omhandler "Kvaliteten i den teoretiske uddannelse af øvrigt faculty" og "De generelle kurser og forskningstræning". Anden afrapportering sker på Rådets fjerde møde, hvor der afrapporteres vedrørende "Den pædagogisk udviklende funktion" og "Forskning og udvikling inden for medicinsk pædagogik" og "Struktur og formelle rammer".

3.9.4. Den Pædagogisk Uviklende Funktion

Den Pædagogisk Uviklende Funktion (PUF) blev etableret på baggrund af Speciallægekommissionens anbefalinger med et mål om at styrke den kliniske uddannelse på afdelingsniveau. Der var behov for mere viden om, hvilke kompetencer der bedst erhverves i det kliniske arbejde, og hvordan de bedst opnås. Hensigten med den pædagogisk udviklende funktion er at sikre en optimal udnyttelse af eksisterende pædagogiske metoder (både præ- og postgraduat), at udvikle nye pædagogiske metoder, og sikre en tættere tilknytning til det universitære miljø (Speciallægekommissionen 2000).

Det er de regionale råd for lægers videreuddannelse, der sørger for, at der er en pædagogisk-udviklende funktion til udvikling af undervisnings- og indlæringsmetoder i videreuddannelsen (BEK nr. 1706 af 2006). Funktionen er etableret og finansieret i et samarbejde mellem videreuddannelsesregionerne, regionerne og de sundhedsvidenskabelige fakulteter.

Medicinsk-pædagogisk viden og kompetencer bliver inddraget i flere sammenhænge i den lægelige videreuddannelse, fx i udvikling af målbeskrivelser, uddannelsesprogrammer, meritvurderinger, rådgivning til uddannelsesansvarlige overlæger, rådgivning i problematiske uddannelsesforløb, forskning i medicinsk-pædagogik. Derfor har funktionen samarbejdsflader med forskellige parter, herunder de regionale råd, de specialespecifikke uddannelsesråd, de uddannelsesgivende afdelinger, uddannelseslæger og universiteterne.

Organisering af den pædagogisk udviklende funktion

I videreuddannelsesregioner Øst og Nord er den pædagogisk udviklende funktion (PUF) organiseret med specialespecifikke postgraduate kliniske lektorer (PKL). Der er cirka 40-50 postgraduate kliniske lektorer i hver af de to videreuddannelsesregioner, der i varierende grad er frikøbt til arbejdet. Derudover er der en postgraduat klinisk professor i Videreuddannelsesregion Øst.

I Videreuddannelsesregion Syd er betegnelsen postgraduat klinisk lektor ændret til lektor i medicinsk pædagogik. Her er der ansat 8 lektorer i medicinsk pædagogik, der alle frikøbes til 40 arbejdsdage årligt til funktionen. De deler ansvaret for alle specialer mellem sig.

3.10. Grunduddannelsen - medicinstudiet

Grunduddannelsen på medicinstudierne gennemføres før den lægelige videreuddannelse og er tilrettelagt som bachelor- og kandidatuddannelse i medicin på Københavns Universitet, Aarhus Universitet, Aalborg Universitet og Syddansk Universitet. Både bachelor- og kandidatdelen er normeret til tre år, hvorfor uddannelsen samlet tager minimum seks år.²⁷

Oprettelsen af nye medicinstudier har igennem de seneste år og historisk set været en måde til at opnå en geografisk dækning af lægeressourcer, da danske og udenlandske erfaringer viser, at en

stor del af færdiguddannede læger bliver boende og får arbejde i området, hvor de er uddannet. (Fadlon mlf. 2020)

Københavns Universitet har siden etableringen i 1479 haft et medicinsk fakultet og var indtil 1933 alene om at uddanne læger. I 1933 begyndte undervisningen af medicinske studerende på det nyoprettede Aarhus Universitet. I perioden 1933-1953 kunne den studerende tage en del af uddannelse på Aarhus, men det var først fra 1952, at den afsluttende eksamen og dermed hele uddannelsen kunne gennemføres på Aarhus Universitet. I 1966 blev oprettet og med det medicinstudiet. I 1998 blev Odense Universitet til Syddansk Universitet. I 2010 blev medicinstudiet på Aalborg Universitet oprettet.

Ud over uddannelserne på de fire universiteter er der en kandidatuddannelse i Region Sjælland i Køge udgående fra Københavns Universitet (oprettet i 2019), og en kandidatuddannelse i Esbjerg udgående fra Syddansk Universitet²⁸ (oprettet i 2022). Københavns Universitet har som opfølgning på aftalen om udflytning af studiepladser, planlagt at oprette en ny lægeuddannelse fra 2024 forankret i Region Sjælland; det vil sige med både bachelor- og kandidatuddannelse²⁹.

3.10.1. studieordninger og opbygning

Studieordningerne på medicinstudierne er tilrettelagt i henhold til universitetsloven, uddannelsesbekendtgørelsen, eksamensbekendtgørelsen, adgangsbekendtgørelsen og karakterbekendtgørelsen, alle udstedt af Uddannelses- og Forskningsministeriet. Uddannelsesministeren kan efter forhandling med indenrigs- og sundhedsministeren fastsætte regler om grunduddannelse af sundhedspersoner, jf. autorisationsloven § 15.

²⁸ https://www.sdu.dk/da/om_sdu/institutter_centre/irs_regional_sundhedsforskning/uddannelse/kandidatuddannelse_i_medicin_i_esbjerg

²⁹ <https://sund.ku.dk/nyheder/2022/03/ku-opretter-ny-laegeuddannelse-i-region-sjaelland/>

Ved udarbejdelse af studieordninger og væsentlige ændringer heraf drøfter universitetet den nye eller ændrede studieordning med aftagerpaneler, autorisationsmyndigheder og relevante organisationer og indhenter udtalelser fra censorformandskabet om de forhold, der berører prøve- og eksamenssystemet. Inden en studieordning godkendes ændres, skal universitetet sikre koordinering med andre universiteter, der udbyder samme uddannelse. (Uddannelsesbekendtgørelsen, BEK nr 2285 af 2021).

Bachelor og kandidatuddannelsen på de fire medicinske fakulteter

Bachelor- og kandidatuddannelsen i Aalborg er inspireret af de syv lægeroller, på kandidatuddannelsen er rollerne operationaliseret som syv akademiske søjler. Uddannelse er opbygget efter en spiralstruktur, hvor faglige områder belyses flere gange gennem uddannelsen med stadig stigende kompleksitet. Målet er, at de nyuddannede læger kan indtræde i stillinger på den efterfølgende kliniske basisuddannelse.

Bacheloruddannelsen på *Syddansk Universitet* indeholder 4 spor, der løber parallelt (biomedicinspor, professionsspor, akademikerspor og mennesker først), mens kandidatuddannelsen indeholder tre spor (klinisk medicin, professionsspor og akademikerspor) og er forskningsbaseret og professionsorienteret. Målet med uddannelsen er, at den pågældende efter uddannelsen kan 'bestride underordnede lægestillinger på tilfredsstillende måde med hensyn til viden, færdigheder og holdning, herunder lægeetiske forhold, patientsikkerhed, patientinddragelse og samarbejde mellem sundhedsprofessionelle.

På *Københavns Universitet* er kompetenceprofilen inddelt under rollerne akademiker, lægefaglig ekspert, kommunikator, samarbejder og professionel. Målet med uddannelsen er, at den pågældende efter uddannelsen kan 'bestride underordnede lægestillinger på tilfredsstillende måde med hensyn til viden, færdigheder kompetencer og holdninger, herunder til lægeetiske forhold og patientsikkerhed.

På *Aarhus Universitet* er kompetenceprofilen opdelt i viden, færdigheder og kompetencer. Uddannelsen beskrives som at skulle give 'tilstrækkelig baggrund for at påbegynde klinisk arbejde som læge, dels ruste lægen til livslang indsats inden for det mangfoldige lægevidenskabelige virkefelt'

Medicinstudiet tilrettelægges som heltidsuddannelse Generelt har der været en bevægelse, hvor medicinstudierne i stigende omfang er overgået fra undervisning præget af udenadslære og stringent naturvidenskabeligt pensum til et større fokus på case-baseret undervisning, klinisk kunnen og medmenneskelige kompetencer. Studieordningerne på de fire universiteter er meget forskellige og ikke harmoniserede, og der er fokus på forskellige læringsmetoder og kompetencer, ligesom mængden og placeringen af klinikophold under studiet er varierende (se boks). Der er ikke krav om opbygning af kompetenceprofiler efter de syv lægeroller, men lægerollerne er blevet inddraget mere og mere i beskrivelsen af hvilke kompetencer, der skal opnås i medicinstudiet.

Grunduddannelsen forbereder lægen til at kunne varetage erhvervsfunktionerne i den kliniske basisuddannelse. I uddannelsesbekendtgørelsen fremgår at "*kandidatuddannelsen i medicin har til formål at kvalificere den studerende til at opnå de kompetencer inden for naturvidenskabelige, adfærds- og samfundsvidenskabelige fag, samt parakliniske og kliniske fag, der er nødvendige for efter afsluttet kandidateksamen at kunne bestride underordnede lægestillinger på tilfredsstillende måde med hensyn til viden, færdigheder og holdning, herunder til lægeetiske forhold*".

3.10.2. Dimensionering af medicinstudiet

Uddannelses- og Forskningsministeriet fastlægger maksimumsrammer for tilgangen af studerende, det vil sige at der besluttet hvor mange studerende hvert enkelt universitet årligt må op-

tage på henholdsvis bacheloruddannelsen og kandidatuddannelsen. Uddannelses- og Forskningsministeriet er medlem af Sundhedsstyrelsens Prognose- og Dimensioneringsudvalg. Anbefalinger fra udvalget videregives til arbejdet med dimensionering af optaget på medicinuuddannelsen. Som regel fastlægger universiteterne niveauet for optag svarende til det maksimale antal.

Regeringen ændrede optaget til medicinuuddannelsen fra sommeroptaget 2019, så der er blevet fastsat differentierede lofter over optaget på bachelor- og kandidatdelen af uddannelsen. Formålet var dels at tage højde for det frafald, der skete i overgangen mellem bachelor- og kandidatuddannelsen, dels at reducere de medicinstuderendes vandring på tværs af landet efter afsluttet bacheloruddannelse. Den nye dimensionering betyder, at optaget på bacheloruddannelserne er øget med 19 pct., mens dimensioneringen på kandidatuddannelserne er forblevet uændret.

3.11. Efteruddannelse

Den lægelige efteruddannelse ligger efter speciallægeanerkendelsen og kan ses som en del af lægers livslange læring. Behovet for efteruddannelse drives af den faglige udvikling og indførelsen af nye typer teknologi, procedurer og behandling, som kræver nye kompetencer.

Regionsråd og kommunalbestyrelser har i henhold til sundhedslovens §74[og §118] ansvaret for at varetage henholdsvis sygehusvæsenets opgaver og tilvejebringe tilbud om sundhedsydelser. Regioner og kommuner har således en forsyningsforpligtigelse, der indebærer at de nødvendige funktioner kan opretholdes døgnet rundt, året rundt også i perioder med spidsbelastning, og sygehuse skal sikre at der er tilstrækkeligt personale med de relevante kompetencer til at varetage funktionen (Sundhedsstyrelsen 2015). De har jf. Sundhedsloven en generel forpligtigelse i forhold til, at sundhedspersoner kan varetage deres opgaver fagligt forsvarligt og overholde pligter, som følger af lovgivningen. Heri ligger også en forpligtigelse til at anvende efteruddannelse for at fastholde og udvikle de kompetencer der er nødvendigt for at kunne varetage sundhedsvæsenets opgaver.

Autoriserede sundhedspersoner har en forpligtigelse til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed under udøvelsen af sin virksomhed, jf. autorisationsloven § 17, hvorfor den enkelte læge har et selvstændigt ansvar for at holde sin faglige viden ajour, hvilket almindeligvis fordrer deltagelse i efteruddannelser eller andre aktiviteter, som udvikler lægens faglige kompetencer. Kravet om fortsat dygtiggørelse fremgår også af lægeløftet.

Den lægelige efteruddannelse er ikke reguleret eller under tilsyn fra de centrale sundhedsmyndigheder. Der foretages ikke central registrering eller kontrol af lægers efteruddannelser, der er ingen direkte krav om efteruddannelse, ligesom der ikke bliver udstedt anerkendelse fra sundhedsmyndighederne for gennemførelse af formaliserede efteruddannelsesforløb.

Omfanget og indholdet i efteruddannelse er meget varierende, og der er mange forskellige udbydere af efteruddannelses tilbud, herunder Lægeforeningen, videnskabelige selskaber, medicinalindustrien m.fl.

Der bliver på tværs af specialebærende selskaber benyttet forskellige betegnelser for uddannelser som gennemføres efter opnået speciallægeanerkendelse, hvilket til dels kan skyldes, at der internationalt findes forskellige specialestrukturer og forskellige betegnelser for faglige områder under og mellem specialer. Betegnelser som subspecialiserings-, ekspert-, fag- og specialistuddannelser anvendes om efteruddannelsesområder.

Overenskomstaftalt efteruddannelse

For regionalt ansatte speciallæger er der i overenskomsten mellem Danske Regioner og henholdsvis Yngre Læger og Overlægeforeningen aftalt ret og pligt til minimum 10 lønnede efteruddannelsesdage. Efteruddannelsen tilrettelægges under hensyn til både den enkelte speciallæges ønsker og afdelingens behov og drift. I forbindelse med MUS/LUS udarbejdes en gensidigt forpligtende efteruddannelsesplan, der kan have et flerårigt sigte, og der følges op på planen minimum én gang årligt.

Alment praktiserende læger har jf. Overenskomst om almen praksis 2022 tre dages obligatorisk systematisk efteruddannelse om året og mulighed for selvvalgte kurser, der er godkendt til brug i efteruddannelse. Den systematiske efteruddannelse omhandler efteruddannelsesaktiviteter inden for en række aftalte og prioriterede temaer, der som udgangspunkt er relevante for alle alment praktiserende læger. Efteruddannelsen er organiseret under Fonden for Almen Praksis, der finansieres via indbetalinger reguleret i overenskomsten. Der er en udbygget organisering under fondsbestyrelsen med en styregruppe, koordinationsgruppe og sekretariatsfunktion under Praktiserende Lægers Organisation¹. Efteruddannelsesfonden blev etableret i 1995.

En lignende struktur er etableret for speciallægepraksis, hvor Fonden for Faglig Udvikling af Speciallægepraksis er etableret med blandt andet det formål at understøtte og finansiere efteruddannelse i speciallægepraksis, ligesom overenskomsten giver mulighed for tilskud til efteruddannelse for speciallæger.

3.11.1. Fagområder

Betegnelsen fagområder blev fastlagt ved indførelsen af 2003-uddannelsesordningen, hvor grenspecialestrukturen blev nedlagt. Intentionen var at skabe et mindre formaliseret og fleksibelt supplement til speciallægeuddannelsen.

Fagområder tildeles ikke formel anerkendelse af centrale sundhedsmyndigheder, og fagområder kan etableres og nedlægges uden centrale myndigheders godkendelse.

Denne fleksibilitet var baggrunden for etableringen af en enstrengt specialestruktur med relativt få specialer kombineret med muligheden for at etablere fagområder. Fagområdebeskrivelser fra de enkelte faglige selskaber er siden 2004 blevet offentliggjort på de Lægevidenskabelige Selskabers hjemmeside.

Der var en betydelig interesse i de faglige miljøer for at beskrive og udvikle fagområder umiddelbart efter oprettelsen af 2003-uddannelsesordningen. Organisationen af lægevidenskabelige selskaber (LVS) har ingen formel kompetence til at godkende eller afvise fagområder, og dialoger om fagområder mellem organisationen og de faglige selskaber, har været begrænset i de senere år, når der ses bort fra akutmedicin.

Den nuværende fagområdestruktur indeholder et stort antal beskrevne fagområder, hvoraf hovedparten er monospesialebaserede. Det vil sige, at indgangen i fagområdet er afhængigt af én bestemt speciallægeanerkendelse, og at fagområdet derfor er karakteriseret ved særlig specialistviden og særlige kompetencer, for at kunne varetage området. Derved udgør området en mindre del af ét speciales arbejdsområde. Der er offentliggjort 78 fagområder (ultimo 2022) på LVSS hjemmeside, hvoraf under ti relaterer sig til mere end ét speciale, herunder allergologi, klinisk sårheling, palliativmedicin og spiseforstyrrelser. Ved gennemgang af fagområdestrukturen i 2012 var der 55 fagområder.

Der er betydelig heterogenitet i beskrivelsen af fagområdeuddannelsernes indhold, forløb, kompetencevurderinger mv. Det viser en gennemgang af specialeselskabernes hjemmesider. Endvidere bruges forskellige begreber i beskrivelserne, såsom *'ekspertuddannelse'*, *'fagområdeuddannelse'* og *'systematiske efteruddannelse'*. Det er ofte ikke entydigt beskrevet, hvilket specialiseringsniveau/funktion som fagområdeuddannelserne retter sig mod.

Der er ikke et krav om, at selskaberne skal udfylde skabelonen udarbejdet af LVS, hvorfor der også er fagområder, der ikke er anmeldt til LVS, og inden for en række specialer ses en omfattende efteruddannelsesstruktur. Eksempelvis arbejder specialet Anæstesiologi systematisk med efteruddannelse af speciallæger inden for fx intensivbehandling, thoraxanæstesi og børneanæstesi, blandt andet med inddragelse af europæiske kompetencebeskrivelser og –vurderinger og krav om ansættelse på sygehuse med regions- og højtspecialiserede funktioner. Tilsvarende har de specialebærende selskaber f.eks. i specialerne Pædiatri og Gynækologi og obstetrik etableret strukturer i eget regi med ekspert – og fagområdeuddannelser (pædiatri) og subspecialisering- og ekspertuddannelser (gynækologi og obstetrik). Gennemført fagområdeuddannelse og opnåelse af kompetencer godkendes for en del af fagområderne i regi af det relevante faglige selskab, med offentliggørelse på selskabets hjemmeside.

Mange specialebærende selskaber beskriver arbejdsgrupper, underselskaber, udvalg og interesseområder, som fremstiller en faglige fraktionering af specialets område. Næsten alle specialebærende selskaber har uddannelsesudvalg, men disse beskæftiger sig næsten udelukkende med speciallægeuddannelsen, hvilket formentligt hænger sammen med det omfattende arbejde, som selskaberne skal lægge i målbeskrivelser, inspektorordningen, kursusrække og forskningstræning. De 78 fagområder relaterer sig til omkring 24 specialebærende selskaber og en betydelig del af de specialebærende selskaber skriver intet eller meget begrænset om lægelige videreuddannelse på deres hjemmesider. En del, særligt mindre selskaber, henviser til internationale selskaber ift. efteruddannelse.

3.11.2. Efteruddannelse og opgavevaretagelse

Der findes kun i begrænset omfang centrale fastsatte, formaliserede krav til de kompetencer, som læger skal have for at varetage specialiserede funktioner i sundhedsvæsenet ud over lægers pligt til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed (jf. Autorisationsloven). Regionerne skal organisere deres behandlingssteder på en sådan måde, at læger er i stand til at varetage deres opgaver fagligt forsvarligt og overholde de pligter de har (jf. Sundhedsloven). I enkelte specialevejledninger er beskrevet, at der er faglige områder, hvor der er særlige krav til efteruddannelse for at kunne varetage specialfunktioner. Generelt gælder, at varetagelsen af specialfunktioner forudsætter *"minimum tre speciallæger, der har specifikke kompetencer til at varetage en given specialefunktion på et sygehus inden for det pågældende speciale og det pågældende niveau"*. Dette generelle krav kan dog ikke sidestilles med et krav om fagområdeuddannelse eller anden konkret formaliseret efteruddannelse.

3.12. Lægelig videreuddannelse i udlandet

I dette afsnit beskrives centrale elementer ved videreuddannelsen i andre lande, der kan give perspektiv på opbygning af videreuddannelsen.

Den lægelige videreuddannelse afhænger af en række nationale forhold og historik, og den skal ses i sammenhæng med det øvrige uddannelsessystem og sundhedsvæsen.

3.12.1. Den prægraduate uddannelse

Internationalt er medicinstudierne – den prægraduate uddannelse – opbygget forskelligt, hvilket afspejler sig i opbygningen af og transitionen til de efterfølgende speciallægeuddannelser.

I EU er der en fastsat minimumsvarighed for medicinstudiet på fem år, som skal foregå på et universitet eller under tilsyn af et universitet (Artikel 24, anerkendelsesdirektivet). I Holland, Tyskland, Norge og Sverige er uddannelsen seks år ligesom i Danmark. I Storbritannien og Australien er medicinstudiet mindst fem år.

I flere lande, fx Tyskland og Holland, er der som i Danmark kliniske ophold under medicinuddannelsen, som har til formål at forberede de studerende på at arbejde som læge (Weggemans mfl. 2017). I Holland er det sidste år på medicinstudiet et *'overgangså'*, der har et formål svarende til den kliniske basisuddannelse i Danmark.

Medicinsk-pædagogisk forskning viser, at det læringsmæssigt er mest hensigtsmæssigt at gøre den prægraduate uddannelse mere kompetencebaseret – som videreuddannelsen – så der indføres kompetencemål målrettet klinisk arbejde under medicinstudiet, og ikke kun i videreuddannelsen. De nuværende danske medicinstudier er i stigende grad tilrettelagt på den måde.

Lokalisering af medicinstudierne har betydning for rekruttering og fastholdelse af læger og speciallæger. Derfor arbejdes i nogle lande, fx England med at åbne medicinske fakulteter mere spredt geografisk og udenfor de traditionelle universitetsbyer. Medicinuddannelsen i Aalborg og siden afdelingerne i Køge og Esbjerg er eksempler på en lignende tendens her i landet.

For at fremme diversitet i optaget af lægestuderende og dermed kommende arbejdsstyrke af læger arbejdes der i nogle lande med positiv særbehandling (legater, apprenticeships og særlig vejledning) af studerende fra udvalgte områder og socialklasser samt forsøg med et særligt medicinsk curriculum målrettet oprindelige folk. I Danmark er det de rammer, som kvote 2 afgrænser, der muliggør det eneste alternativ til optag af lægestuderende på baggrund af andre forhold end karaktergennemsnit fra gymnasial studentereksamen.

3.12.2. Den postgraduate uddannelse (videreuddannelsen)

Der kan skelnes mellem to overordnede former for opbygning af den lægelige videreuddannelse i lande, der typisk sammenlignes med:

- 1) En form, hvor de nyuddannede kandidater kan starte direkte i speciallægeuddannelsen efter medicinstudiet (fx Canada, Tyskland, USA, Holland, Norge og Sverige)
- 2) En form, hvor der er obligatorisk praktik/turnus før adgang til speciallægeuddannelsen (fx Danmark, UK, Australien) (Wijnen-Meijer 2013).

Sundhedsstyrelsen undersøgte i 2019 udbredelsen af turnus i EU før start på speciallægeuddannelsen for at kunne vurdere den kliniske basisuddannelse i sammenhæng med videreuddannelsen i andre lande. På daværende tidspunkt blev turnus anvendt i cirka halvdelen af de 20 adspurgte EU-lande. De obligatoriske turnusforløb varierer fra seks måneder i Slovenien til to år i Storbritannien (Foundation programme) (Sundhedsstyrelsen 2019A).

Få andre lande anvender selvstændigt virke som et særligt anerkendelsesniveau. Danmark har til EU anerkendelsesdirektiv anmeldt den kliniske basisuddannelse som en del af den medicinske grunduddannelse.

Varigheden af speciallægeuddannelsen varierer mellem specialer og lande. I EU er minimumsvarigheden af speciallægeuddannelsen på mellem tre og fem år afhængigt af speciale (Anerkendelsesdirektivet), og for at kunne anerkendes i andre lande, skal uddannelsen som minimum have den af EU beskrevne varighed.

3.12.3. Indhold i videreuddannelsen og medicinsk pædagogiske paradigme

Videreuddannelsen til speciallæge sker altovervejende i klinisk arbejde. Det fremherskende paradigme er kompetencebaseret medicinsk uddannelse, hvor der tages udgangspunkt i patienternes og sundhedsvæsenets behov for kompetencer hos speciallægerne, og hvor det er output (kompetence hos læger) og outcome (adfærd over for patienter), der strukturerer videreuddannelsen. Den kompetencebaserede uddannelse erstatter den primært tidsstyret og mesterlærebaserede uddannelse. Den kompetencebaserede videreuddannelse implementeredes for alvor i Danmark efter Speciallægekommissionens betænkning fra 2000 med introduktionen af CanMed-rollerne og fortløbende, konsekvenshavende kompetencemåling.

Internationalt arbejdes stadig med at styrke og udvikle kompetencebaseret uddannelse. Fx er både Finland og Schweiz i gang med at overgå til en mere kompetencebaseret medicinsk speciallægeuddannelse, hvor entrustable professional activities (EPA) anvendes til at strukturere videreuddannelsen, og definere de kompetencer, der skal opnås.

Udkast

4. Viden og data

I dette kapitel beskrives indledningsvist det vidensgrundlag, der ligger til grund for revisionen af den lægelige videreuddannelse.

Herefter redegøres for forskellige forhold med betydning for fremtidens videreuddannelse blandt andet udviklingen i befolkningens demografi, folkesundhed, sygdomsmønstre og ulighed i sundhed. Desuden præsenteres data, som viser udviklingen af den lægelige videreuddannelse fra medicinstudiet til den færdige speciallæge. Afslutningsvist skildres udviklingen i studerende og uddannelseslæger, samt udviklingen på det lægelige arbejdsmarked, med tal over den lægelige arbejdsstyrke og oversigt over blandt andet beskæftigelsesfordelingen.

Hvorledes disse forhold har indflydelse på den lægelige videreuddannelse er beskrevet i kapitel 5.

4.1. Vidensgrundlag

Den viden og erfaringer, der ligger bag revisionen af videreuddannelsen omfatter oplæg, notater og rapporter fra det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse, foruden forskellige kortlægninger, evalueringer og analyser formidlet i rapporter og betænkninger som f.eks. Speciallægekommissionen fra 2000.

Desuden er der som led i revisionen gennemført supplerende analyser og gennemgange af foreliggende viden og praksis, der har været anvendt i de fire arbejdsgrupper. De væsentligste præsenteres dette kapitel.

Vidensgrundlaget kan opdeles i disse overordnede punkter og gennemgås i de følgende afsnit:

- Overgang mellem medicinstudiet og den lægelige videreuddannelse
- Uddannelse i kliniske enheder
- Lægerrollerne
- Kurser og simulationsbaseret træning
- Geografisk fordeling af læger og lægers mobilitet
- Patienters ønsker til lægers kompetencer
- Nationale ekspertuddannelser

4.1.1. Overgang fra medicinstudiet til videreuddannelse

En ændring af den kliniske basisuddannelse, herunder udfordringer og muligheder ved en nedlæggelse har været drøftet i forbindelse med revisionen i arbejdsgruppe 1. I den forbindelse er der udarbejdet en afdækning af transitionen fra medicinstudierne til den lægelige videreuddannelse (bilag 6 udarbejdet af Susanne Nøhr og Doris Østergård). I notatet er der taget udgangspunkt i den nuværende uddannelse. Der er inddraget forskningsbaseret viden, og der beskrives fordele og ulemper ved den eksisterende overgang (den kliniske basisuddannelse).

Det fremgår af den indsamlede viden og dialoger med parterne på området, at mange af de pointer, der beskrives i bilag 6, er i overensstemmelse med antagelser, der i forvejen var gældende omkring den kliniske basisuddannelse. Overordnet findes, at mange forhold taler for at bevare den kliniske basisuddannelse, hvor den nyuddannede læge skal "lære at være læge", herunder udvikle lægeidentitet, beslutningskompetence, håndtering af ansvar og patientsikkerhed, samt tilegning af evnen til at lære på en arbejdsplads, hvor hensynet til patienterne kommer først. Den klini-

ske basisuddannelse skaber en ramme og et organisatorisk fokus på overgangen fra den universitære uddannelse til det kliniske arbejde. Afdækningen viser en række forbedringsmuligheder i forhold til medicinstudiernes uddannelsesindhold, den kliniske træning og læring under studiet og i den kliniske basisuddannelse.

Centrale fund i afdækningen

Studerende udtrykker usikkerhed og manglende parathed i forhold til at fungere som læge. Det gælder både overordnet med hensyn til ikke at have udviklet lægeidentitet og at "tage lægekitlen på", at arbejde i en klinisk kontekst og være en del af et arbejdsfællesskab. Det kommer til udtryk ved bekymring for beslutningstagning, herunder ved vanskeligheden ved at stille diagnoser, ordinere medicin, håndtere akutte situationer samt anvende det lærte fra medicinstudiet i det kliniske arbejde.

Læring og trivsel hos læger i den kliniske basisuddannelse udfordres af lægens oplevelse af et stort ansvar, mangel på lokalt kendskab og samarbejdspartnere samt travlhed.

Den medicinstuderende kan påtage sig flere forskellige roller, hvor læringspotentialet vil afhænge af rollen. I rollen som "studerende" er det vigtigt at tilegne sig læring fra medicinske eksperter, i rollerne som "kollega" og "næsten læge" øges ansvaret og kompetencer til at indgå i et arbejdsfællesskab og lægeidentiteten tilegnes. Der er en generel forståelse af, at ansvar først læres, når man reelt oplever at have det.

International forskning viser, at temaer som kommunikation, teamsamarbejde og utilsigtede hændelser er vigtige under medicinstudiet for vellykket transition, og det anbefales i flere studier at understøtte udvikling af en interprofessionel identitet ved teamtræning af sygepleje- og medicinstuderende

Læringen hos de nyuddannede læger udfordres af travlhed, og der er internationalt en stigende opmærksomhed på udbrændthed, og hvordan man kan styrke lægers mentale sundhed. Der påpeges vigtigheden af emnerne patientsikkerhed og psykologisk tryghed skal fylde mere, samt betydningen af et psykologisk sikkert og godt læringsmiljø

Det beskrives, at der er behov for bedre kendskab til de forskellige samarbejdende professioner og viden om hvordan en bedre samarbejdskultur etableres, særligt med sygeplejersker.

I afdækningen anbefales, at den kliniske træning under medicinstudiet bør styrkes og optimeres ved at der er tydelige opgaver, kompetencemål og at der foretages feedback og kompetencevurdering under kliniske ophold.

4.1.2. Uddannelse i den kliniske enhed

I forbindelse med revisionen er udarbejdet flere analyser af uddannelsen i den kliniske enhed (bilag 10-14 udarbejdet af Gitte Eriksen og Kristine Lundsgaard), som har været et grundlag for drøftelser i arbejdsgruppe 1 og 4 af både organisering og opbygning af videreuddannelsen. Analysernes formål har været at belyse styrker og svagheder ved nuværende praksis. Der er set på udviklingen over tid, og der bliver foreslået forskellige initiativer, som kan bidrage til at understøtte en effektiv uddannelse af høj kvalitet i det kliniske arbejde. På udvalgte områder sammenlignes resultater med undersøgelsesresultater i Status og perspektiveringsrapporten fra 2012.

Følgende elementer indgår i analyserne:

- Målbeskrivelser
- Uddannelsesprogrammer
- Kompetencevurdering
- Uddannelsesledelse

Metode og data – analyser af uddannelsen i den kliniske enhed (bilag 10-14)

Analyserne af uddannelse i de kliniske enheder er baseret på følgende datakilder:

- En spørgeskemaundersøgelse blandt alle uddannelsesansvarlige overlæger (svarpct. 55) og almen medicinske uddannelseskoordinatorer (svarpct. 81) i Danmark januar/februar 2022
- En spørgeskemaundersøgelse blandt de specialebærende selskaber gennemført i januar 2022
- En virtuel workshop blandt de specialebærende selskaber gennemført i februar 2022
- Workshops afholdt i de 3 Videreuddannelsesregioner med deltagelse af postgraduate kliniske lektorer (Øst og Nord) samt lektorer i medicinsk pædagogik (Syd) februar/marts 2022
- Kort rundspørge april 2022 via mail til netværk for uddannelseskoordinerende overlæger og 4 telefoninterview vedrørende perspektiver på brugen af kompetencevurdering
- Data fra evaluer.dk og inspektorbesøg

Målbeskrivelser

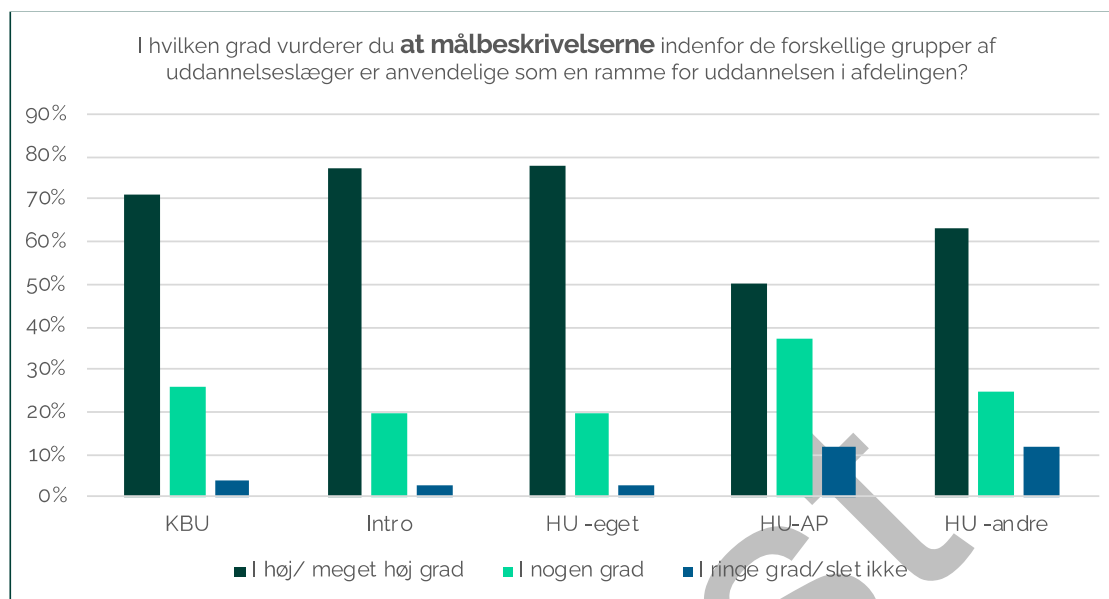
Der er på tværs af de specialebærende selskaber et stort ønske om at gøre målbeskrivelserne mere klinisk anvendelige. Analysen viser, at 43 pct. i meget høj grad mener, at deres målbeskrivelse skal fokuseres så indholdet bidrager til at styrke brugen i den kliniske praksis, og 56 pct. vurderer, at deres målbeskrivelse i meget høj grad indeholder og beskriver kompetencemål, der nemt kan kompetencevurderes.

Specialerne har forskellig rutine og kompetencer til at revidere målbeskrivelsen. Opskriften på at optimere målbeskrivelsesarbejdet og en løbende opdatering af målbeskrivelserne til støtte for effektiv klinisk uddannelse, vil derfor være forskellige.

Den nuværende proces for revision af målbeskrivelser opleves af de specialebærende selskaber som langvarig, da det i gennemsnit tager 22 måneder. To ud af tre specialebærende selskaber efterspørger sekretærbistand til processen og over halvdelen mener, at skabelon, vejledning og samarbejde med Sundhedsstyrelsen om målbeskrivelsen kan forbedres. De ønsker at få hjælp til udarbejdelse og revision af målbeskrivelser. Der er særligt brug for pædagogisk og administrativ bistand, men kun i mindre grad økonomiske ressourcer.

De uddannelsesansvarlige overlæger finder det vigtigt, at målbeskrivelserne indeholder konkrete og tydelige mål, at kompetenceniveauet er balanceret og tilpas ambitiøst, at antallet af mål og kompetencevurderinger kan omsættes til uddannelsesprogrammer og uddannelse i klinisk praksis.

Figur 6. Uddannelsesansvarlige overlægers vurdering af målbeskrivelsens anvendelighed som en ramme for uddannelsen af speciallæger i afdelingen for de forskellige grupper af uddannelseslæger inklusiv almen medicinske hoveduddannelseslæger



Note: Se også bilag 11

Indenfor eget speciale vurderer 78 pct. af de uddannelsesansvarlige overlæger, at målbeskrivelsen "i meget grad/i høj grad" er en anvendelig ramme for uddannelse af intro- og hoveduddannelseslæger, hvilket er en meget positiv udvikling siden 2011, hvor kun 62 pct. (Sundhedsstyrelsen 2012) udtrykte samme grad af tilfredshed. De uddannelsesansvarlige overlæger vurderer, at målbeskrivelserne for læger fra andre specialer i mindre grad er anvendelige som ramme for uddannelse i afdelingen.

I analysen af målbeskrivelserne (bilag 10 og 11) konkluderes, at intentionen om "at sikre, at kompetencerne i målbeskrivelserne er relevante og opdaterede" (jf. VEJ nr 9005 af 2012) ikke i tilstrækkelig grad er opfyldt. I alt 46 pct. af målbeskrivelserne er mere end syv år gamle (2012-2014), og 15 pct. er mere end fem år gamle (2015-2016).

Den samlede konklusion på analyserne om målbeskrivelser er, at der er grundlag for at iværksætte tiltag, der kan forbedre specialernes arbejde med målbeskrivelserne og herunder samarbejdet med Sundhedsstyrelsen om den fælles opgave.

Uddannelsesprogrammer

Analysen (bilag 13) viser, at der på tværs af de tre Videreuddannelsesregioner er en samfaldende opfattelse af de overordnede formål med uddannelsesprogrammerne. De skal:

1. Sikre koordinering af kompetenceopnåelse, så det er tydeligt hvad der skal læres hvor, hvornår og hvordan.
2. Fungere som en kontrakt der tydeliggør hvad uddannelseslægen kan forvente af ansættelsen, og hvad afdelingen kan forvente af uddannelseslægen.
3. Fastlægge basisniveau og en fælles standard så selvom der er variation, er det overordnet samme videreuddannelse.

Derimod findes, at der er regionale forskelle i proces, indhold og kvalitetssikring af uddannelsesprogrammerne på tværs af videreuddannelsesregioner. Det vurderes, at det især skaber udfordringer for de uddannelsesforløb, der går på tværs af videreuddannelsesregioner. Det er forskelligt på tværs af de tre videreuddannelsesregioner om der er skabeloner og vejledninger til udarbejdelse af uddannelsesprogrammerne og forskel på, hvem der udarbejder uddannelsesprogrammerne. Der er således forskel på hvilken rolle hhv. uddannelsesudvalg, postgraduate lektorer og videreuddannelsessekretariater har i arbejdsprocessen.

Det kan være vanskeligt at ramme den rette balance mellem overskuelige uddannelsesprogrammer, der nemt kan tilrettes, og omfattende og meget detaljerede programmer. Eksempler fra workshop med de postgraduate lektorer og lektorer i medicinsk pædagogik viser, at uddannelsesprogrammer i Øst og Syd kan blive for simple og for lidt konkrete på afdelingsniveau, hvor de i Nord kan blive meget lange og besværlige at ændre.

I de kliniske enheder ses variation i vurdering af både kvalitet og betydning af uddannelsesprogrammerne. Ved inspektorbesøgene vurderes det på ca. 10 pct af uddannelsesstederne, at de uddannelsesprogrammer der anvendes er problematiske eller utilstrækkelige. Survey blandt almen medicinske uddannelseskoordinatorer og uddannelsesansvarlige overlæger viser, at en relativ stor gruppe (40 pct af AMU og 25 pct af UAO) vurderer at uddannelsesprogrammerne kun i nogen eller ringe grad omsættes til læring. Derudover viser data fra inspektorbesøg, at der fortsat ikke udarbejdes uddannelsesplaner i alle uddannelsesforløb. I en analyse uddannelsesvejledningen (bilag 14) konkluderes derfor, at der fortsat er behov for at sikre, at de individuelle uddannelsesplaner udarbejdes.

Den samlede konklusion på analyserne om uddannelsesprogrammer er, at der er grundlag for at iværksætte tiltag, der kan forbedre udarbejdelsen af uddannelsesprogrammer, så de bliver mere anvendelige.

Faktorer der har betydning for implementering af uddannelsesprogrammet

- Målbeskrivelsens indhold skal være realistisk og afstemt med muligheder i klinisk praksis
- Uddannelsesprogrammet bør være operationelt uden lange beskrivelser og må gerne indeholde tjeklister og skematiske kronologiske oversigter
- Uddannelsesprogrammet bør forholde sig til den forventede progression indenfor den enkelte kompetence over tid og ikke blot angive tidspunkt for godkendelse af slutmål
- Der skal tages hensyn til, at kompetencer opbygges fra lav til høj sværhedsgrad og fra lav til høj kompleksitet

Note: Vurderet af postgraduate lektorer og lektorer i medicinsk pædagogik

Kompetencevurdering

Det er ikke lykkedes at implementere brugen af systematisk og professionel kompetencevurdering som en integreret del af den lægelige videreuddannelse (jf. undersøgelsen bilag 12).

I spørgeskemaundersøgelsen blandt de uddannelsesansvarlige overlæger svarer kun 60 pct., at kompetencevurderingerne gennemføres "i høj/meget høj grad" og data fra inspektorbesøg viser, at "læring og kompetencevurdering" i hvert femte besøg vurderes som "problematiske" eller "utilstrækkeligt".

Det er dog positivt, at 80-90 pct. af alle uddannelsesansvarlige overlæger vurderer, at den daglige kliniske vejledning/supervision i høj grad er velfungerende.

Analyse af sammensætningen af specialernes kompetencevurderingsprogram viser, at der i flere specialer bl.a. i en række intern medicinske specialer er usikkerhed forbundet med, hvilke kompetencevurderingsmetoder der skal bruges, og det udgør en udfordring for implementering og anvendelse. Flere specialer benytter særligt de retrospektive metoder fx "case-baserede diskussioner" og "strukturerede vejledersamtaler". Da vurderingen sker "væk fra" det kliniske arbejde og primært med udgangspunkt i et skriftligt produkt, kan andre kompetencevurderingsmetoder være mere hensigtsmæssige. Mini-Cex³⁰, der er valideret i såvel international som dansk kontekst benyttes sjældent af specialerne og kun et speciale (børne- og ungdomspsykiatri) inddrager patienternes vurdering af uddannelseslægerne (bilag 12).

Langt de fleste kompetencevurderingsredskaber er ikke-digitaliserede. Det besværliggør arbejdsgange og begrænser muligheder for datafangst med henblik på kvalitetssikring -og udvikling.

Siden 2012 har der i dansk kontekst været en betydelig udvikling og validering af en række kompetencevurderingsredskaber særligt i de kirurgiske og tekniske specialer. Der er således omfattende viden om effektiv og systematisk brug af kompetencevurdering i klinisk praksis, som kan anvendes fremadrettet.

Den samlede konklusion på analyserne om kompetencevurdering er, at der fortsat bør være fokus på udvikling, implementering og anvendelse af kompetencevurdering i den lægelige videreuddannelse og der er behov for at iværksætte tiltag, der kan facilitere denne proces.

Uddannelsesledelse

Hovedresultaterne af analysen (bilag 14) er, at der er en høj grad af ledelsesmæssig opbakning til de uddannelsesansvarlige overlæger, ligesom der har været en positiv udvikling i rammer og vilkår for varetagelsen af funktionen som uddannelsesansvarlig overlæge sammenlignet med undersøgelsen i 2011 (Sundhedsstyrelsen 2012). De uddannelsesansvarlige overlæger har en høj grad af lederidentitet, hvilket afviger fra resultatet i undersøgelser blandt overlæger generelt i Danmark,

Halvdelen af alle uddannelsesansvarlige overlæger³¹ deltager i afdelingens ledergruppe. Det problematiseres i analysen om det er tilstrækkeligt, set i lyset af kompleksiteten i uddannelsesopgaven, og vigtigheden af at koordinere uddannelse i samspil med arbejdstilrettelæggelsen. Analysen viser endvidere at hver fjerde uddannelsesansvarlige overlæge er udfordret i forhold til at kunne iværksætte nye initiativer og prioritere tid til opgaven.

Der er på en række afdelinger uudnyttede muligheder for at styrke samarbejdet med andre faggrupper fx omkring teamtræning og uddannelsen af medicinlægestuderende.

Det er muligt at opbygge en struktur, der understøtter systematisk vurdering og feedback fra hele vejledergruppen til alle uddannelseslæger mindst en gang i deres ansættelse. Niveauet er højnet siden 2011, men det vurderes i analysen, som utilfredsstillende at 20 pct. af uddannelsesstederne fortsat ikke leverer en systematisk vurdering og feedback .

På baggrund af udviklingen i antallet af nye uddannelsesansvarlige overlæger estimeres, at der et behov for kompetenceudvikling af 100-120 uddannelsesansvarlige overlæger årligt. Det konkluderes, at de uddannelsesansvarlige overlæger i høj grad er motiveret for at deltage i egen kompetenceudvikling.

³⁰ Mini-CEX (Mini Clinical Evaluation Exercise) er et redskab til kompetencevurdering af kliniske kompetencer, fx objektiv undersøgelse, patientvejledning mv.

³¹ Der var 654 speciallæger med uddannelsesansvar per januar 2022

4.1.3. Lægerrollerne

I forbindelse med gennemgangen af den lægelige videreuddannelse i arbejdsgruppe 1 har der været en afdækning og drøftelse af relevansen af de syv lægeroller, samt forslag til modernisering og uddybning af de syv lægeroller i et fremadrettet perspektiv.

Lægerollernes primære styrke har været at kunne udfolde og nuancere lægens rolle som mere end en lægefaglig medicinsk ekspert, og det vurderes fortsat at være væsentligt og gældende (bilag 9). Lægerollerne bør fortsat fungere som et begrebsapparat i alle specialer til at definere og beskrive roller og kompetencer lægen skal mestre, og der er en bekymring for at miste et fælles sprog og opmærksomhed på de kompetencer, der ligger ud over den medicinske ekspert/lægefaglige rolle, hvis de syv lægeroller afskaffes eller ændres fundamentalt.

Der er betydelig variation i, hvordan lægerollerne er implementeret i de enkelte specialers målbeskrivelser. Det gælder bl.a. i forhold til vægtning af lægerollerne, hvor hovedvægten stadig lægges på rollen: medicinsk ekspert/lægefaglig og hvor øvrige roller foldes mindre ud som kompetencemål. Der er også variation mellem specialerne i graden af integration mellem lægerollerne. Det ses ved, at nogle målbeskrivelser kompetencelister tager udgangspunkt i de syv lægeroller, hvor der til hver lægerolle er knyttet et antal kompetencer (ses i 11 målbeskrivelser), mens andre tager udgangspunkt i kompetencer, hvor der til hver kompetence er knyttet et antal lægeroller (ses i 28 målbeskrivelser) (bilag 9).

Det konstateres, at der er potentiale i en styrket implementering af lægerollerne, og herunder bedre støtte og værktøjer til, hvordan de rent konkret omsættes til praksis (bilag 9).

I undersøgelsen af behovet for at justere lægerollerne set i lyset af internationale trends (bilag 7) blev det fundet, at de syv lægeroller med fordel kan moderniseres og at det bør ske med hensyntagen til den udvikling, der foregår både i sundhedsvæsenet og i lægers arbejde. Der peges på følgende trends både nationalt og internationalt:

- Fagligheden skal være høj og hvile på et videnskabeligt grundlag, bl.a. for at kunne imødegå misinformation og kunne tænke mere systemorienteret.
- Patientsikkerhed og kvalitetsudvikling bør samtænkes, og bør ses i relation til funktioner som patientsikkerheds- og kvalitetsansvarlig overlæge.
- Kerneopgaven bør være, at finde løsninger sammen med patient/pårørende og kollegaer tilpasset borgerens behov, ønsker og situation. Lægen skal fungere som tovholder og guide patienten gennem behandlingsforløbet. Helt overordnet tales om et skift fra fagidentitet til opgaveidentitet, hvor fire generiske kompetencemaer er: sundheds- og helbredsforståelse, samarbejdsforståelse, teknologiforståelse og organisations- og flowforståelse.
- Læringsmæssigt bliver det vigtigt at kunne tilegne sig nye kompetencer, og ikke udelukkende fastholde allerede lærte kompetencer, men også at kunne "aflære" nødvendig eller forældet viden og praksis.
- Lægen skal være i stand til at håndtere nye risikosituationer, og i højere grad bidrage til at dele viden mellem specialer og professioner, hvilket blandt andet blev tydeligt under Covid-19 epidemien.
- Der bør være fokus på lægens mentale sundhed og evne til at passe på sig selv både under og efter uddannelsen. Det er væsentligt for at kunne fastholde læger i faget og understøtte patientsikker behandling.

4.1.4. Kurser og simulationsbaseret træning

Kurser

En analyse (af behovet for og indholdet i de generelle kurser i den lægelige videreuddannelse fra 2019) har dannet grundlaget for drøftelserne om generelle kurser i videreuddannelsen.

Analysens hovedkonklusion er, at det bør overvejes, hvornår kurser er den rette form, eller om de foreslåede temaer læres bedre på anden vis – f.eks. i det daglige arbejde, gennem projektarbejde, ved brug af simulation mv. Det blev desuden påpeget, at der fortsat er behov for fokus på, hvordan der skabes større sammenhæng mellem kurserne og den daglige klinik – og hvordan det sikres, at arbejdspladsen får gavn af uddannelseslægenes deltagelse i kurserne (transfer).

I analysen bruges delphi-metoden og resultatet gav en indikation af, at mange af de ønskede temaer allerede indgår i de generelle kurser, og at to nye temaer bør overvejes at blive inkluderet i kursusrækken. De to temaer er

1. "Resiliens – coping-strategier" - vedrører evnen til at håndtere stressede situationer og håndtere psykisk stress. At bruge hensigtsmæssige coping-strategier og at kunne skabe trivsel og balance mellem arbejde og privatliv.
2. "Medicinsk ekspert (fx akutte sygdomsbilleder, komorbiditet og polyfarmaci)". Der indgår uddannelse inden for dette område i nogle specialespecifikke kurser, men der er ikke fælles kurser eller moduler.

I tabel 4 er oplistet de 10 højst prioriterede temaer i kursusrækken, samt vurdering af om temaet indgår i nuværende kurser. Det fremgår at 8 af 10 temaer vurderes at være helt eller delvist dækket af kurser i den nuværende kursusrække. Det bør stadig drøftes om de nuværende kurser kan udvikles så de i højere grad dækker de anførte temaer mere effektivt.

Tabel 4. Oversigt over prioritering af emner for generelle kurser i temaer (delphi-analyse)

TEMA	Prioritet	Indgår i nuværende kursusrække
Organisatorisk forståelse (fx Sundhedsvæsenets opbygning, organisering og aktører. Indflydelse på beslutningsprocesser og hvilke kommunikationsveje man kan anvende).	1	SOL
Pædagogiske emner (fx ansvar for egen læring, viden om læreprocesser – læringsstile og evaluering)	2	Delvist i Læring/pædagogiskurset og vejlederkurset
Kommunikation (fx patienten – Den svære samtale, pårørende, mundtlig og skriftlig kommunikation)	3	Kommunikation
Ledelse (fx viden om ledelse, ledelse af funktioner og patienter, projektledelse)	4	Delvist i SOL
Samarbejde (fx skabe relationer og tillid, Loyalitet, kollegialitet og feedback)	5	Delvist i Læring/pædagogiskurset
Juridiske emner (fx klager, erstatning, tavshedspligt og tvang)	6	SOL
Resiliens og coping-strategier (fx stress og balance arbejdsliv-privatliv)	7	Indgår ikke
Medicinsk ekspert (fx akutte sygdomsbilleder, komorbiditet og polyfarmaci)	8	Indgår ikke*
Professionalisme (fx Lægefaglig identitet og personlig udvikling; livslang læring. Tage ansvar – men også bede om hjælp)	9	Delvist i Læring/pædagogiskurset og vejlederkurset
Kvalitet (fx kvalitetsudvikling, kvalitetsarbejdet, forbedringsdagsorden og brug af data herunder big data, herunder analyse og tolkning af data)	10	Delvist i Forskningstræning

Kilde: Bente Malling og Lone Folmer Nielsen 2019: "NEEDS ASSESSMENT – GENERELLE KURSER Delphi-analyse". Sundhedsstyrelsen har foretaget vurdering af om temaet indgår i nuværende kursusrække. Note: Se den fulde liste i rapporten

Simulationsbaseret træning

Sundhedsstyrelsens rapport om simulationsbaseret træning i den lægelige videreuddannelse (ref) udarbejdet af en arbejdsgruppen under det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse i 2019 (Sundhedsstyrelsen 2019D) har dannet vidensgrundlaget for drøftelserne suppleret med notat udarbejdet af Sundhedsstyrelsen med inddragelse af anden litteratur (bilag 25).

Simulationsbaseret træning dækker over træning af færdigheder, avanceret teknisk kirurgisk simulation, scenariebaseret træning (fuldskala simulation), rollespil med simuleret patient, en rigtig patient eller skuespiller, avanceret e-læring, virtual/augmentet/mixed reality, kadaver/dyr mv.

Den simulationsbaserede træning i Danmark har udviklet sig væsentligt igennem de sidste 10-15 år. Der er i nogen grad blevet implementeret simulationsprogrammer i den formelle videreuddannelse af læger og andet sundhedspersonale. Feltet bevæger sig fra at være domineret af ildsjæle til at blive forankret i etablerede organisatoriske enheder, som kan løfte opgaven med at få simulationsbaseret træning integreret i videreuddannelsen og uddannelsesprogrammer i speciallægeuddannelse, hvor det er relevant. Den største fremdrift er sket inden for specialer med en væsentlig andel af tekniske færdigheder i målbeskrivelsen. Her er det vist, at der er positiv effekt af simulationsbaseret oplæring af læger. Udover simulationsbaseret træning af tekniske færdigheder kan simulationstræning også med fordel benyttes ved oplæring i andre kompetencer blandt andet i situationsbevidsthed og beslutningstagning, selvom evidensen på området er mindre.

Simulationsbaseret træning kan særligt anvendes, når andre læringsmetoder ikke er mulige i klinikken, af patientsikkerhedsmæssige årsager eller hvis træningen sikrer en bedre kvalitet i det kliniske arbejde f.eks. hvis simulationstræningen er påvist at være til gavn for patienterne.

Den simulationsbaserede træning i den lægelige videreuddannelse er ikke en del af uddannelsen inden for alle specialer. Det på trods af: træning af undervisere, at der er tilgængeligt udstyr og at effekten af træning kan ses ved, at læringskurven i klinikken er stejlere og dokumenteret af. Ved en gennemgang af de 39 målbeskrivelser ved søgning på færdighedstræning og -kurser samt simulation blev afdækningen af simulationsbaseret træning i de nugældende målbeskrivelser af søgt. I 21 målbeskrivelser indgår beskrivelser af simulationsbaseret træning, men kun i 14 målbeskrivelser (dvs 36 pct. af målbeskrivelserne) indgår obligatorisk gennemførelse af simulationstræning i forbindelse med opnåelse af kompetence.

Tabel 5. Målbeskrivelser hvor simulationsbaseret træning indgår

Kategori	Beskrivelse	Antal specialer
1	Indgår simulation/færdighedstræning som kompetencemål	14
2	Indgår simulation/færdighedstræning som læringsstrategi (ikke obligatorisk) eller på anden måde som anbefaling	7
3	Indgår ikke simulation/færdighedstræning i målbeskrivelsen	18

Note. Gennemgang af gældende målbeskrivelser per 19. maj 2022.

4.1.5. Geografisk fordeling af læger og lægers mobilitet

Lægedækningsudvalget, som var nedsat af regeringen, udgav en rapport i 2017 med en analyse af udfordringerne i lægedækningen og en række anbefalinger (Sundheds- og Ældreministeriet 2017). Regeringen tiltrådte anbefalingerne i 2017, og Indenrigs- og Sundhedsministeriet har siden hen foretaget to opfølgninger på rapportens anbefalingerne (se afsnit 2.4.2).

Udvalget konkluderede, at der er udfordringer af mere afgrænset karakter inden for almen praksis i yderområder og belastede byområder, på mindre sygehuse og specifikt inden for psykiatrien samt, at mobiliteten blandt læger er større end hos andre faggrupper med lang videregående uddannelse. Den geografiske mobilitet blandt lægerne er højest hos yngre læger og lavest hos alment praktiserende læger. De skiftende uddannelsessteder i videreuddannelsen er en medvirkende årsag til at uddannelseslæger har en høj geografisk mobilitet.

Hvorvidt der er en sammenhæng mellem hvor læger er i videreuddannelsen og sidenhen arbejder når de opnår speciallægeanerkendelse, er blevet undersøgt, for at vurdere betydningen af den geografiske fordeling i dimensioneringsplanen.

Sundhedsdatastyrelsen har analyseret, om der er en sammenhæng mellem hvilken region speciallægen gennemfører videreuddannelse i, og hvor speciallægen efterfølgende arbejder. I analysen indgår, hvor uddannelseslægen arbejder seks måneder før speciallægeanerkendelse, og hvor lægen efterfølgende arbejder to år efter opnået speciallægeanerkendelse.

Tabel 6. Arbejdssted før og efter opnåelse af speciallægeanerkendelse

			Region Nord	Region Midt	Region Syddanmark	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Uoplyst	I alt
Arbejdssted 6 måneder før opnåelse af speciallægeanerkendelse	Region Nord	Antal	433	114	23	20	12	50	652
		Pct.	66,4%	17,5%	3,5%	3,1%	1,8%	7,7%	
	Region Midt	Antal	121	1.496	88	32	12	82	1.831
		Pct.	6,6%	81,7%	4,8%	1,7%	0,7%	4,5%	
	Region Syddanmark	Antal	13	54	1.394	46	37	83	1.627
		Pct.	0,8%	3,3%	85,7%	2,8%	2,3%	5,1%	
	Region Hovedstaden	Antal	10	14	42	2.272	201	152	2.691
		Pct.	0,4%	0,5%	1,6%	84,4%	7,5%	5,6%	
	Region Sjælland	Antal	<5	<5	16	287	504	53	860
		Pct.			1,9%	33,4%	58,6%	6,2%	
	Uoplyst	Antal	176	146	224	247	119	108	1.020
		Pct.	17,3%	14,3%	22,0%	24,2%	11,7%	10,6%	
	I alt	Antal	753	1.824	1.787	2.904	885	528	8.681

Der er som ventet en sammenhæng mellem den region og særligt den videreuddannelsesregion, hvor læger er ansat i sidste del af speciallægeuddannelsen, og hvor lægerne arbejder to år efter de har opnået speciallægeanerkendelse.

De læger der uddanner sig i region Hovedstaden, region Midtjylland og Region Syddanmark arbejder i høj grad i samme region to år efter speciallægeanerkendelse (henholdsvis 84 pct., 82 pct. og 86 pct.). I region Sjælland arbejder 58 pct. af speciallægerne stadig i regionen to år efter speciallægeanerkendelse, mens 33 pct arbejder i region Hovedstaden. I Region Nordjylland arbejder 66 pct. i regionen to år efter speciallægeanerkendelse og 17 pct. i Midtjylland

Opgørelsen understøtter, at der er begrænset mobilitet på tværs af øst og vest Danmark og mellem videreuddannelsesregioner kort tid efter afsluttet speciallægeuddannelse.

4.1.6. Patienters ønsker til lægers kompetencer

Videns- og Kompetencecenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS) har som en del af revisionen af den lægelige videreuddannelse undersøgt patienternes ønsker til fremtidens lægers kompetencer (bilag 15). Undersøgelsen er baseret på et 'feedbackmøde', hvor patientrepræsentanter og ansatte fra seks forskellige patientforeninger er blevet interviewet om erfaringer og ønsker til fremtidens lægeroller.

Hovedkonklusionen er, at patienterne ønsker fagligt dygtige læger, der kan kommunikere med udgangspunkt i patienternes behov.

Der er identificeret fem budskaber og ønsker til kompetencer hos fremtidens læger:

- "Jeg er i krise, så vær nænsom i din kommunikation"
- "Mød mig, som det hele menneske, jeg er"
- "Jeg har brug for lægens ekspertise, sparring og samarbejde med andre faggrupper"
- "Lad det være mit valg, om jeg ønsker virtuelle konsultationer og hjemmebehandling"
- "Tag hensyn til, at jeg er ung" (siger de unge)

Undersøgelsen viser, at patienter har brug for, at læger er opmærksomme på patienternes pårørende som en hjælp, men også som nogle, der selv kan have det svært. Patienterne ønsker, at de kan fortsætte i sundhedssystemet, og "ikke slippes" selvom behandlingen er slut. Deres oplevelse er, at der stadig kan være lang vej efter behandlingens afslutning, til de er velfungerende igen.

Det er afgørende for patienter, at læger kan fungere som behandler men også som en sparringspartner. Patienterne finder: 1) Det skaber tryghed, at det er den samme læge. 2) Lægerne skal have øje for det, der har været før – og det, der kommer efter – og hjælpe med at koordinere forløb. 3) Det er vigtigt, at lægerne kan samarbejde med andre specialister og faggrupper.

Unge er en særlig målgruppe. De unge patienter lægger særlig vægt på, at lægerne har viden om, at unge er noget særligt, der har andre karakteristika, forudsætninger og behov end andre aldersgrupper, og at lægerne kan invitere til det, som unge er optaget af (fx om medicin påvirker fertilitet og om man kan gå til fester og drikke mv.). Overgangen fra at blive fulgt af læger på pædiatriske afdelinger til at blive fulgt på en voksenafdeling er en stor omvæltning for den unge og kræver forberedelse.

Undersøgelsen sætter yderligere fokus på, at patienter er forskellige, og lægerne skal kunne tilpasse deres kommunikation så patienterne forstår hvad der bliver sagt, at de tør stille spørgsmål og at patienten kan videreformidle hvad der er blevet sagt til pårørende. Desuden bør beslutninger om behandling træffes sammen med patienterne i det omfang, de ønsker det; dog skal der tages hensyn til at nogle patienter ikke kan overskue at få lagt mange forskellige valgmuligheder foran sig.

4.1.7. Erfaringer med nationale ekspertuddannelser

På baggrund af en tiltagende specialisering og centralisering af den kirurgiske kræftbehandling og en samtidig udvikling af nye behandlingsmodaliteter og mere skånsomme behandlingsformer blev der som led i Kræftplan IV i 2017 nedsat en arbejdsgruppe under Sundhedsstyrelsen, der skulle udarbejde et fagligt oplæg som ramme for en systematisk og struktureret kompetenceudvikling i kræftkirurgien.

Der fandtes på daværende tidspunkt blandt andet en efteruddannelse af speciallæger inden for kolorektal- og brystkirurgi (fagområdeuddannelse inddragende både malign og benign kirurgi) og i gynækologisk onkologi (ekspertuddannelse).

Arbejdsgruppen udarbejdede en rapport med beskrivelse af en generisk model for, hvordan en ekspertuddannelse af speciallæger skulle se ud (Sundhedsstyrelsen 2017D). Det blev vurderet, at en kompetenceudvikling af speciallæger inden for alle kræftkirurgiske specialer skulle ske med udgangspunkt i denne generiske model.

Rapporten blev præsenteret for Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet og det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse i 2017.

Modellen indbefatter, at de lægefaglige selskaber udarbejder målbeskrivelser for ekspertuddannelsen inden for deres respektive specialer. Med afsæt i målbeskrivelsen skal regionerne i samarbejde med de lægefaglige selskaber udarbejde uddannelsesprogrammer, under hensyntagen til

specialeplanen. Dernæst udarbejder speciallægerne sammen med afdelingerne individuelle uddannelsesplaner, med udgangspunkt i den enkelte speciallæges baggrund, kompetencer og færdigheder, ligesom der også tages hensyn til afdelingens behov for det daglige virke.

Ekspertuddannelsen er på minimum to års varighed med løbende kompetencevurdering. På baggrund af erfaringen fra implementeringen på de udvalgte områder kan modellen implementeres i de øvrige kræftkirurgiske specialer. Certificeringen foretages af de Lægevidenskabelige Selskaber.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har sammen med Danske Regioner i 2019 lavet en aftale om opfølgning og implementering af en national fellowship-ordning med udgangspunkt i oplægget fra Sundhedsstyrelsen, som skal give kræftkirurger mulighed for at påbegynde fellowship-uddannelse eller gennemføre målrettede kompetenceforløb i bl.a. specifikke kirurgiske teknikker inden for kræftkirurgien (Sundheds- og Ældreministeriet 2021).

Ordningen er i første omgang igangsat i alle regioner inden for kolorektal kirurgi, urologi og hoved-/halskirurgi. Der er for hvert område udarbejdet kompetenceudviklingsforløb i samarbejde med det relevante lægevidenskabelige selskab samt nedsat tre nationale styregrupper med repræsentation fra regionerne og det relevante lægevidenskabelige selskab.

Styregrupperne er ansvarlige for at definere rammen for forløbene samt for den faglige stillingtagen til ansøgerne og sikring af geografisk fordeling af forløbene. For at sikre at ordningen målrettes alle afdelinger i landet, skal uddannelsesprogrammerne både kunne rumme teknikker anvendt på bredere og mere hyppig kræftkirurgi og på mere specialiseret og sjælden kræftkirurgi.

Der er per oktober 2020 godkendt 22 kompetenceforløb for kolorektalkirurgi fordelt i alle regioner, syv forløb for hoved-/halskræft fordelt i alle regioner, og 9 forløb for urologi fordelt i fire regioner.

4.2. Demografi, folkesundhed og sygdomsmønstre (aktivitet og data)

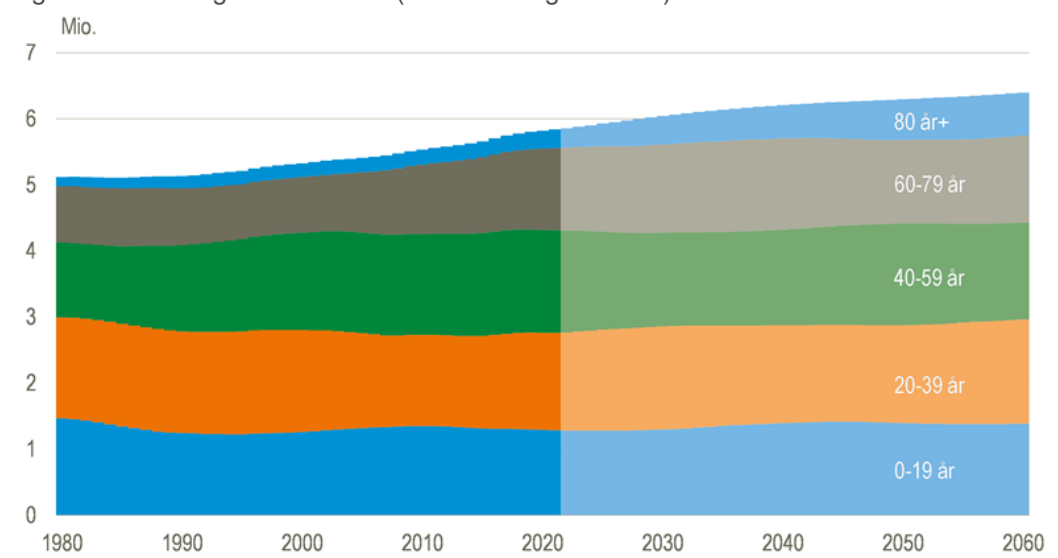
Behovet for læger og deres kompetencer hænger sammen med befolkningens demografi, sygdomsmønstre og sundhedsvæsenets indretning, derfor beskrives i dette afsnit centrale karakteristika og udviklingstendenser indenfor disse tre områder.

4.2.1. Den demografisk udvikling

Frem mod 2040 forventes befolkningen at vokse fra 5,82 mio. personer i 2020 til cirka 6,2 mio. Der forventes samtidigt en større andel ældre i befolkningen. Særligt vil andelen af de ældste (+80 år) stige. Og denne gruppe forventes at udgøre cirka 500.000 mod aktuelt cirka 275.000 personer (en vækst på 85 pct.). Gruppen vil dermed udgøre otte pct. af befolkningen mod 4,6 pct. i dag (Danmarks Statistik 2021).

Samtidig forventes et fald på cirka to pct. i antallet af personer i den erhvervsaktive alder (18-67 år). Befolkningsandelen i den erhvervsaktive forventes at falde fra 63 pct. i 2021 til 58 pct. af befolkningen i 2040. Derfor kan der forventes øget konkurrence om arbejdsudbuddet og mangel på arbejdskraft i sundhedsvæsenet, mens der samtidigt sker en demografisk ændring, der vil øge behovet for sundhedsydelser.

Figur 7. Befolkningen 1980-2060 (fremskrivning fra 2021)



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

4.2.2. Folkesundhed og sygdomsmønstre

Viden om befolkningens sundhedstilstand er afgørende for planlægningen af sundhedsvæsenet. Blandt de nyere centrale rapporter er:

- Den nationale Sundhedsprofil 2021³²
- Sygdomsbyrderapporterne³³
- Social ulighed i sundhed og sygdom³⁴
- Multisygdom i Danmark³⁵ og hvidbog om multisygdom³⁶

Folkesundheden er forbedret markant i de sidste tyve år. Den forventede middellevetid i Danmark er fortsat stigende (Danmarks Statistik 2021), og middellevetiden for danskere har i de sidste 20 år nærmet sig øvrige lande i OECD, herunder de øvrige nordiske lande³⁷. Børn, der fødtes i 2021, kan forvente i gennemsnit at blive 81,5 år. Det er en stigning på 4,6 år siden år 2000. Samtidigt stiger antallet af forventede såkaldte gode leveår uden betydelig funktionsnedsættelse. Data indikerer dog, at stigningshastigheden i restlevetiden er større end stigningshastigheden i gode leveår. Den øgede middellevetid skyldes blandt andet bedre primær forebyggelse, bedre levevilkår, ændret risikoadfærd og sygdomsopsporing, diagnosticering og behandling.

Samtidigt med en øget forventet middellevetid viser *Danskernes Sundhed 2021* (Sundhedsstyrelsen 2022C), at der fra 2010-2021 har været et mindre fald i andelen af personer, der vurderer eget helbred godt eller bedre (fra 85,0 pct. til 83,3 pct.). Andelen af personer, der scorer lavt på den fysiske helbredsskala har været konstant (cirka 10 pct.), mens der har været en betydelig stigning i personer, der scorer lavt på den mentale helbredsskala (fra 10,0 pct. til 17,4 pct.) og flere der scorer højt på stressskalaen (fra 20,8 pct. til 29,1 pct.). Endvidere ses en svækkelse af sociale relationer, idet flere ofte er uønsket alene (fra 4,6 pct. til 9,1 pct.). Det er især blandt yngre (16-24-årige), at udviklingen ses.

³² Sundhedsstyrelsen 2022C

³³ Primo 2023 udgiver Sundhedsstyrelsen nye rapporter om folkesundheden (herunder sygdomsbyrde og risikofaktorer) i Danmark. Her der taget udgangspunkt i: Statens Institut for Folkesundhed 2019A, Sundhedsstyrelsen 2016D og Sundhedsstyrelsen 2016E

³⁴ Sundhedsstyrelsen 2020D

³⁵ Statens Institut for Folkesundhed 2019B

³⁶ Frølich A mfl. 2017

³⁷ Fra en placering som nummer 21 i 2000 til nummer 13 i 2021

4.2.3. Sundhedsadfærd og risikofaktorer

I Danskernes sundhed 2021 (Sundhedsstyrelsen 2022C) belyses en række forhold om danskernes sundhedsadfærd og risikofaktorer.

Alkohol og rygning er kendte risikofaktorer for sygdom og død³⁸. Der er i perioden 2010-2021 set et betydeligt fald i både antallet af daglige rygere og i antallet af personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge. Hos de daglige rygere ønsker ca. 3 ud af 4 at stoppe med at ryge, mens det er ca. én ud af fire af gruppen, der drikker mere end 10 genstande, der ønsker at nedsætte alkoholforbruget.

17,7 pct. af den voksne befolkning har et usundt kostmønster, hyppigst blandt mænd, mens hovedparten ønsker at spise mere sundt. I perioden 2011-2021 er gruppen steget 4,4 procentpoint.

Cirka seks ud af 10 voksne opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling om 150 minutters fysisk aktivitet om ugen ved moderat intensitet eller 75 minutter ved høj intensitet, men hovedparten vil gerne være mere fysisk aktive. Op mod hver femte voksne beskriver deres fysiske aktivitetsniveau som værende hovedsageligt stillesiddende – en andel, der har været stigende siden 2011.

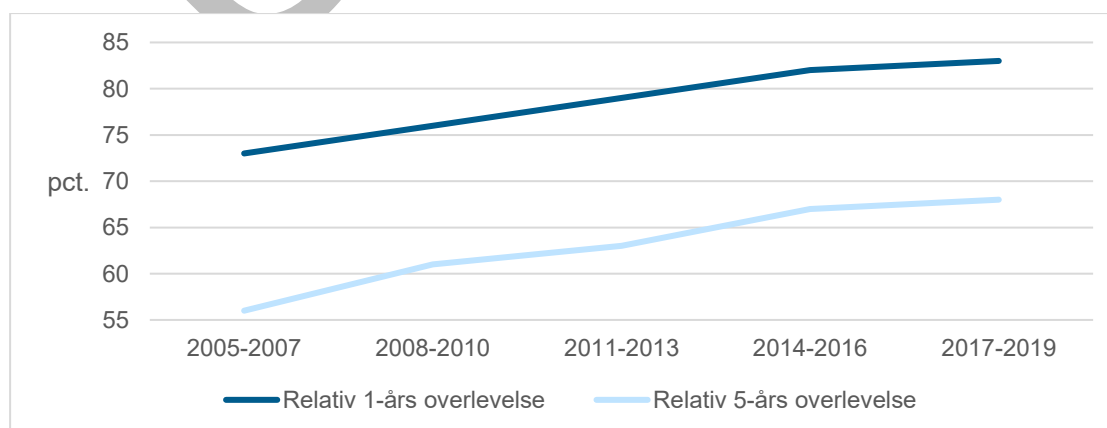
I alt har 52,6 pct. af den voksne befolkning har moderat eller svær overvægt, og knap hver femte (18,5 pct.) har svær overvægt. I perioden 2010 til 2021 er andelen med moderat eller svær overvægt steget jævnt med 5,8 procentpoint, mens andelen med svær overvægt i samme periode også er steget jævnt med i alt 4,9 procentpoint.

4.2.4. Kræft, hjertesygdomme og diabetes

På kræftområdet, hvor Danmark tidligere placerede sig dårligt i forhold til sammenlignelige lande, er der sket markante forbedringer, og den danske étårs og femårs overlevelse efter kræft er kommet på niveau med de øvrige nordiske lande (Lundberg 2020). To ud af tre overlever i dag kræft og cirka seks pct. af alle danskere lever med eller efter kræft, hvilket er en stigning på 45 pct. siden 2010.

Kræftsygdom er dog stadig den hyppigste dødsårsag i Danmark og årsag til cirka tre ud af 10 dødsfald. Hyppigheden af kræft er steget fra cirka 45.000 nye tilfælde i 2020 mod 39.000 i 2011, mens dødeligheden som nævnt er faldet. Der er dog betydelig variation på tværs af kræftformer.

Figur 8. Relativ overlevelse efter kræft eksklusiv al anden hudkræft end modermærkekræft

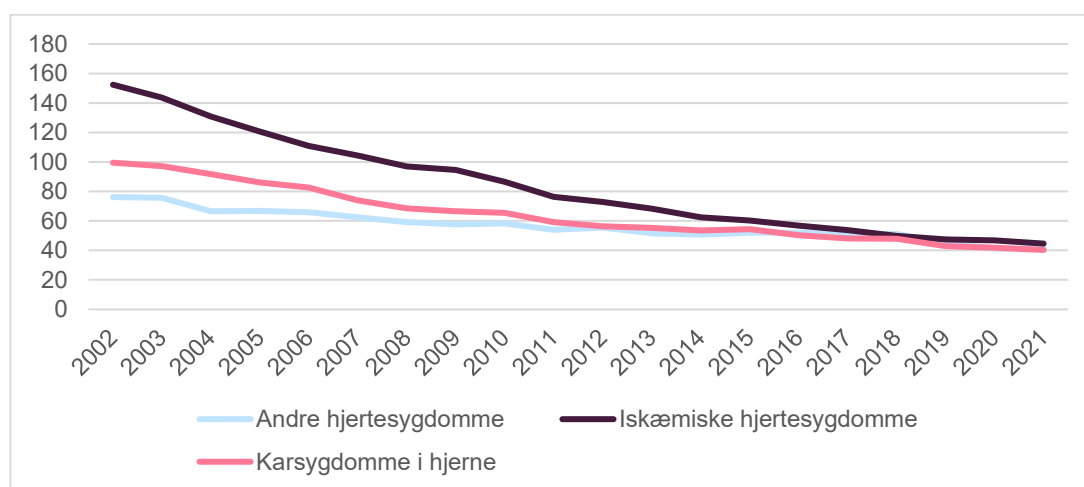


Kilde: <https://esundhed.dk/Emner/Kraeft/Kraeftoverlevelse>

³⁸ Det vurderes, at der årligt er 13.600 flere dødsfald blandt personer, der ryger eller tidligere har røget end blandt personer, der aldrig har røget. Der vurderes, at der er mere end 3.000 dødsfald i Danmark med alkohol som enten den primære eller medvirkende årsag. Der er i dag der ryger, særligt blandt de unge er andelen af rygere faldet markant

Hjertesygdomme er blandt de hyppigste, da knap en halv million voksne lever med en hjertesygdom. Det omfatter blodprop i hjertet og hjertekramper (iskæmisk hjertesygdom), hjertesvigt og hjerteklapsygdomme (Sundhedsstyrelsen 2018). Sygdommene er ofte alvorlige, og udrednings- og behandlingsaktiviteten er stor – præget af behov for tidlig indsættende udredning og behandling. Hjertesygdomme er groft sagt gået fra at være sygdomme, som patienter tidligere ville dø af, til i dag at være sygdomme, borgeren lever med. Eksempelvis er der set et stort fald i dødeligheden ved iskæmisk hjertesygdom afspejlet i en faldende incidens, men stigende prævalens.

Figur 9. Dødelighed i aldersstandardiserede rater pr. 100.000 indbyggere for dødsfald af hjerte- og kredsløbssygdomme, 2009-2019



Kilde: Dødsårsagsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen

Forekomsten af diabetes har været stigende i de sidste 20-25 år. Cirka 225.000 voksne danskere er diagnosticeret med type 2-diabetes, og cirka 15.000 patienter får årligt diagnosticeret type 2-diabetes (Sundhedsstyrelsen 2015B) (Sundheds- og Ældreministeriet 2017B). Samtidigt med, at incidensen og prævalensen er steget, er dødeligheden ved diabetes faldende. Der er dog stadig en overdødelighed ved diabetes. Diabetes er forbundet med betydelig komorbiditet, og særligt over tid eller ved utilstrækkelig behandling kan borgere med diabetes udvikle invaliderende komplikationer fra forskellige organer, fx hjerte, nyrer, nerver, øjne og blodkar (American Diabetes Association 2014). Grundet den betydelige komorbiditet spiller diabetes en stor rolle i sygdomsbyrden ved multisygdom, og mennesker med diabetes har bl.a. flere besøg hos alment praktiserende læge end mennesker uden diabetes (Sundhedsstyrelsen 2015B).

4.2.5. Multisygdom

Multisygdom defineres som det at have to eller flere kroniske sygdomme samtidigt. Andelen af patienter med multisygdom er stigende både grundet den demografiske udvikling med et stigende antal ældre og den generelt faldende dødelighed ved store folkesygdomme. De multisyge patienter har ofte komplekse problemstillinger med somatiske og ofte psykiatriske lidelser, sociale udfordringer og truet eller ophørt arbejdsmarkedstilknytning. Således er kun 30 pct. af de 18 til 64-årige med multisygdom i beskæftigelse eller under uddannelse (Statens Institut for Folkesundhed 2019B).

Multisygdom er generelt forbundet med nedsat livskvalitet og funktionsevne, patienterne har et øget antal kontakter til sundhedsvæsenet, længerevarende hospitalsindlæggelser samt øget risiko for tidlig død.

Hyppigheden af patienter med multisygdom er allerede betydelig og omfatter formentligt omkring 20-30 pct. af den voksne befolkning (Frølich A, Olesen F, Kristensen 2017). Forekomsten af multisygdom stiger med stigende alder og selvom multisygdom således er hyppigere blandt ældre, vurderes omkring 40-60 pct. af personer med multisygdom at være under 65 år (Statens Institut for Folkesundhed 2019B).

Det forventes, at andelen af mennesker med multisygdom vil stige yderligere i de kommende år (ca 1,3 pct om året). Det vil i praksis betyde, at tilvæksten i antallet af mennesker med multisygdom i 2025 vil være steget med cirka 180.000 personer (Frølich A, Olesen F, Kristensen 2017).

Der er således tale om en voksende, kompleks patientgruppe, der stiller større krav til et øget og velfungerende tværfagligt og -sektorielt samarbejde i sundhedsvæsenet.

4.2.6. Social ulighed i sundhed

Mange af de fremskridt, der er opnået i sundhedsvæsenet over de sidste 20 år, er ulige fordelt i befolkningen, og den sociale ulighed i sundhed i Danmark er generelt betydelig.

Social ulighed i sundhed er et udtryk for, at der er en systematisk sammenhæng mellem menneskers helbred og deres sociale position i samfundet. Den sociale ulighed i sundhed vil derfor altid være tilstede og der er mange måder at anskue og angribe den på, ligesom den er et resultat af komplekse forhold (Sundhedsstyrelsen 2011A og Sundhedsstyrelsen 2020D).

Mekanismerne bag det komplekse netværk af de foranderlige årsagsrelationer og -sammenhænge til social ulighed i sundhed knytter sig til livets forskellige faser og enten påvirker eller påvirkes af den sociale position eller påvirker sygdomskonsekvenserne (Sundhedsstyrelsen 2020D). Så udsathed for sygdom og sundhedsrisici stiger gradvist, jo lavere social position man har (den sociale gradient) (Sundhedsstyrelsen 2011A).

Dermed kan den sociale ulighed i sundhed ses allerede i fostertilværelsen og senere afspejles den i vores levevilkår, uddannelse og arbejdsmarkedstilknøytning, foruden i vores generelle livskvalitet, sundhedstilstand og i hvor længe, vi lever. Således var middellevetiden for mænd i Danmark i den højeste indkomstgruppe 9,5 år længere end for mænd i den laveste indkomstgruppe (83,3 versus 73,8 år); for kvinder var forskellen 5,5 år (Arbejderbevægelsens Erhversråd 2016).

En særlig sårbar gruppe er visse psykiatriske patienter, stofmisbrugere, personer med samtidigt misbrug og psykiatrisk lidelse, hjemløse personer og nogle grupper af indvandrere. Flere af disse grupper udskiller sig i særlig negativ grad på sundhedsparemetrene og er i et vist omfang ikke rummet i sundhedsvæsenet, og nogle af grupperne har meget ringe kontakt til egen læge. Middellevetiden er betydeligt lavere for gruppen end for baggrundsbefolkningen (fx 30 år mindre for hjemløse) og der ligger derfor en stor udfordring i at skabe sundhedstilbud og give sundhedspersoner kompetencer, der øger disse gruppers adgang til og brug af sundhedsvæsenet.

Social ulighed i sundhed ses i hvem og hvornår man bliver syg og hvilke konsekvenser sygdomme får, bl.a. fordi der er ulighed i hvem, der får mest gavn af sundhedsvæsenets tilbud indenfor sundhedsfremme, forebyggelse, tidlig indsats, behandling samt rehabilitering og pleje. Således oplever patienter med lavere socioøkonomisk status³⁹ stadig hverken at modtage eller få samme udbytte af behandlingen, som øvrige patienter gør (Sundhedsstyrelsen 2022A), hvilket ikke lever op til det bærende princip i Sundhedslovens §2 om at alle skal have lige adgang til sundhedsvæsenet.

³⁹ Socioøkonomisk status her defineret som de sociale og økonomiske faktorer, der har betydning for den enkelte eller gruppers status eller position i samfundet.

Sundhedskompetence (fra det engelske health literacy) beskriver det enkelte menneskes mulighed for at forstå, tilgå og handle på sundhedsinformationer og bl.a. tage beslutninger om eget helbred, opsøge og kunne navigere i sundhedsvæsenet (Sundhedsstyrelsen 2022D). Sundhedskompetencen er ifølge WHO en vigtig faktor for social ulighed i sundhed og har derfor været et fokusområde både for WHO og Sundhedsstyrelsen de senere år.

Det estimeres, at op mod en femtedel af den danske befolkning har problemer med at forstå sundhedsinformation og aktivt kunne engagere sig med sundhedsprofessionelle (Bo A, mfl. 2014), at andelen er væsentlig forøget blandt borgere med kronisk sygdom, foruden der er en klar socioøkonomisk gradient, hvor patienter med lavt uddannelsesniveau har en lavere sundhedskompetence end dem med højt uddannelsesniveau (Friis K mfl. 2016).

Derfor spiller sundhedskompetencen – og hvordan denne håndteres – en vigtig rolle for den sociale ulighed i mødet mellem sundhedsvæsenet og patienterne og dermed også blandt andet for hvor stort et udbytte den enkelte får af de tilbudte sundhedsydelser. Den nedsatte sundhedskompetence hos patienter med lavere socioøkonomisk status viser sig også ved, at de søger hjælp senere i sygdomsforløbet, hvor symptomerne er alvorligere, lettere opfatter den sundhedsprofessionelle som en autoritet, som så medfører at de oftere føler sig dikteret eller presset og generelt har en ringere oplevelse af et ligeværdigt samarbejde med den sundhedsprofessionelle. (Sundhedsstyrelsen 2022A).

Således oplever patienter med lavere socioøkonomisk status sig generelt mindre forstået og har oftere en passiv rolle, hvor tilliden til systemet er lavere. Derudover har patienter med lavere socioøkonomisk status flere praktiske barrierer bl.a. manglende mulighed for at få fri og transportere sig til sundhedstilbuddet og har ofte et mindre socialt netværk end patienter med høj socioøkonomisk status. (Sundhedsstyrelsen 2022A).

For lidt tid og sundhedspersonales manglende kompetencer til at håndtere de komplekse psykosociale problemstillinger er blandt udfordringerne hos de sundhedsprofessionelle (Sundhedsstyrelsen 2022A).

I vores tiltagende digitaliserede samfund er digital sundhedskompetence også en vigtig faktor i den sociale ulighed i sundhed, da nødvendigheden af at kunne tilgå og anvende teknologi som for eksempel sundhedsapps, bookingsystemer og digitale postkasser er voksende.

Overordnet kan den sociale ulighed mindskes, hvis der sættes ind på forskellige organisatoriske og relationelle forhold, i borgerens og patientens møde med sundhedsvæsenet.

4.2.7. Mentalt helbred og psykisk sygdom

Psykisk sygdom og mentalt helbred er afgørende for vores funktionsniveau, livskvalitet, personlige udvikling og sociale relationer. Psykiske lidelser er meget almindelige og det skønnes at ca 40-50 pct. af befolkningen vil få en psykisk lidelse i løbet af deres liv, og at ca 10 pct. af befolkningen til enhver tid har en psykisk lidelse (svarende til min. 587.000 mennesker) (Sundhedsstyrelsen 2022E).

Lidelserne rammer både børn, unge og voksne og de samfundsmæssige omkostninger er store. Således udgør de 25 pct.⁴⁰ af den samlede sygdomsbyrde, er årsag til cirka 3.500 dødsfald årligt og er dermed den fjerde hyppigste dødsårsag; blandt andet som følge af en højere forekomst af somatiske, forebyggelige sygdomme som eksempelvis kræft og hjerte-kar-sygdomme. Heraf følger, at mennesker med psykisk lidelse og sygdom lever med mere sygdom og i markant kortere

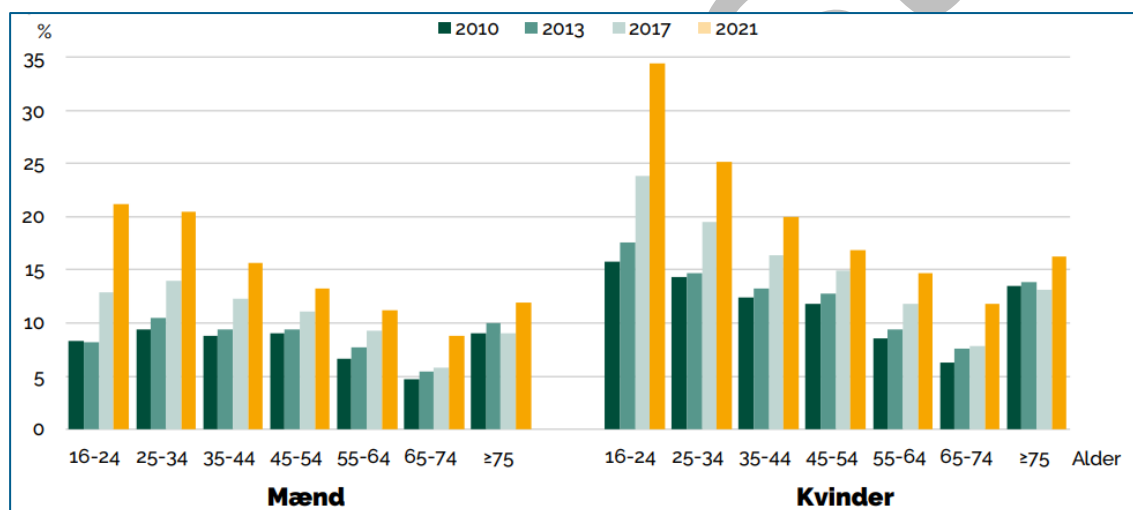
⁴⁰ Baseret på WHO's data fra 2019, når der benyttes det standardiserede sygdomsbyrdemål YLD (Years Lost to Disability), og psykiske lidelser inkluderer både de almindelige psykiske lidelser, misbrugslidelser og visse neurologiske hjernesygdomme som fx demens-sygdomme (3). Psykiske lidelser udgør 14 % og misbrugslidelser 4 % af den samlede sygdomsbyrde.

tid end resten af befolkning. For mennesker med svære psykiske lidelser, er levetiden op til 15-20 år kortere end baggrundsbefolkningen, foruden de også har komplekse sociale problemer som for eksempel hjemløshed og misbrug (Sundhedsstyrelsen 2022E).

Mentale helbredsudfordringer tidligt i livet er forbundet med øget risiko for både udvikling af psykiske og somatiske sygdomme samt øget risiko for negative sociale konsekvenser senere i livet. Det er derfor bekymrende, at både selvrapporterede mentale helbredsproblemer og psykiske sygdomme er udbredt og stigende blandt danske børn og unge gennem de senere år. Omkring 15 pct. af børn og unge får diagnosticeret en psykisk sygdom eller en udviklingsforstyrrelse i børne- og ungepsykiatrien inden de fylder 18 år (Jeppesen P mlf. 2020).

I Sundhedsprofilen har man siden 2010 kortlagt mentalt helbred for mænd og kvinder i alderen 16 til over 75 år. Der ses et klart mønster med en stigning i selvrapporteret dårlig vurdering af det mentale helbred. Værst ser det ud for især de helt unge kvinder mellem 16 og 24 år, hvor knap 35 pct. vurderer, de har et dårligt mentalt helbred, med en stigning på over 18 pct-point siden 2010 (se figur).

Figur 10. Andel med lav score på den mentale helbredsskala, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013, 2017 og 2021. Procent



Kilde: Sundhedsstyrelsen 2022C

Også indenfor det psykiatriske felt ses en social ulighed i sundhed. Således er det blandt andet veldokumenteret, at lav indkomst og uddannelse hos forældre er forbundet med øget risiko for mentale helbredsproblemer hos børn og unge (Jeppesen P mlf. 2020).

Den markante stigning i antallet af patienter med psykiske lidelser afspejles i en betydelig aktivitetsstigning i psykiatrien. Således ses det, at der er 30 pct flere psykiatriske patienter, der behandles på sygehus (hvor der i samme periode kun er set en stigning på 13 pct. i antallet af patienter med somatiske sygdomme), 50 pct. flere børne- og ungepsykiatriske patienter, foruden 41 pct. flere børn og unge med psykiatriske lidelser er anbragt udenfor hjemmet eller modtager en forebyggende indsats i kommunen (Sundhedsstyrelsen 2022E).

4.3. Aktivitet og data – Sundhedsvæsenet

I det følgende beskrives aktiviteten i sundhedsvæsenet i overordnede nøgletal for at illustrere opgaveomfang og udvikling i de seneste 10 år i de forskellige dele af sundhedsvæsenet. Aktiviteten er fordelt på primær sektor (almen og speciallægepraksis) og sygehusvæsen (somatisk og psykiatrisk sygehusvæsen).

Der er i opgørelsen taget udgangspunkt i seneste dataår er 2021, hvor både Covid 19 epidemien og sygeplejerskekonflikt har haft betydning for aktiviteten særligt på sygehusene.

Overordnet er antallet af patienter som har været i kontakt med sundhedsvæsenet været stigende fra 2011 til 2021 i alle fire dele af sundhedsvæsenet.

I primær sektor var mere end 5 mio. danskere i kontakt med almen praksis og næsten 1.9 mio var i kontakt med speciallægepraksis i 2021. Det svarer til at næsten 9 ud 10 danskere er i kontakt med egen læge i løbet af et år, og at hver tredje dansker er i kontakt med speciallægepraksis.

Antallet af kontakter til almen praksis har i perioden desuden været stigende. I 2021 havde hver patient i gennemsnit 8,7 kontakter. I opgørelsen af kontakter indgår: almindelige konsultationer, video-, telefon- og e-mailkonsultationer, sygebesøg samt desuden specifikke ydelser, der vurderes at udgøre en særskilt fysisk kontakt (fx helbredsundersøgelser af gravide og børneundersøgelser).

I sygehusvæsenet, var antallet af somatiske patienter med ophold steget til 2.74 mio i 2021. Det er lavere end i 2019 og skyldes bl.a. Covid-19. Psykiatrien er den del af sundhedsvæsenet, hvor der har været den største aktivitetsvækst. Antallet af patienter steg med 27 pct. fra 2011 til 2021.

Tabel 7. Aktivitet i sygehusvæsenet og praksissektoren

Om-råde	Enhed	2011	2021	Udvikling 2011-2021
Almen praksis	Antal patienter i kontakt med almen praksis	4.881.918	5.083.994	4 pct.
	Antal kontakter	41.620.657	44.411.486	7pct.
	Gns. antal kontakter pr. patient i kontakt med almen praksis	8,5	8,7	2 pct.
	Kontakter pr. 1.000 borgere	7.510	7.606	1 pct.
Speciallægepraksis	Antal patienter i kontakt med speciallægepraksis	1.751.825	1.880.322	7 pct.
	Antal kontakter	5.673.241	5.688.712	0 pct.
	Gns. antal kontakter pr. patient i kontakt med speciallægepraksis	3,2	3	-6 pct.
	Kontakter pr. 1.000 borgere	1.024	974	-5 pct.
Psykiatri	Antal patienter	127.028	161.727	27 pct.
	Antal ophold	946.243	1.079.967	14 pct.
	Gns. antal ophold pr. patient med ophold	7,4	6,7	-9 pct.

	Antal ophold pr. 1.000 borger	171	185	8 pct.
Soma- tik	Antal patienter med ophold	2.532.775	2.743.694	8 pct.
	Antal ophold	11.177.229	11.467.866	3 pct.
	Gns. antal ophold pr. patient med ophold	4,4	4,2	-5 pct.
	Ophold pr. 1.000 borgere	2.017	1.964	-3 pct.

Kilde: Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret, CPR, Sundhedsdatastyrelsen

Note: Sygeplejerskestrejen kan have indflydelse på aktiviteten på hospitalerne i 2021.
Covid-19 epidemien kan have indflydelse på aktiviteten på hospitalerne i 2020 og 2021.

Note: Der er databrud i 2019 grundet overgang til ny version af Landspatientregisteret (LPR3) primo 2019. Sammenligninger af aktivitetstal vedrørende sygehusvæsenet (psykiatri og somatik) for de to år (2011 og 2021) skal derfor foretages med ekstra varsomhed.

Sundhedsdatastyrelsen opgør produktiviteten i sygehussektoren. Produktivitet måles her som forholdet mellem værdien af sygehusbehandlingerne og de medgåede ressourcer. Den seneste opgørelse fra marts 2021 viser udviklingen frem til 2018. Set over perioden 2003-2018 har den gennemsnitlige årlige produktivitetsvækst været på 2,2 pct (Sundhedsdatastyrelsen 2021).

4.4. Aktivitet og data – Lægelig uddannelse og arbejdsmarked

4.4.1. Aktivitet på medicinstudierne

Medicinstudiet er populært. Hvert år ansøger væsentligt flere end der optages, og der er høje karakteradgangskrav.

Over de seneste tyve år er optaget på medicinstudierne gradvist udvidet samtidigt med, at der er etableret mulighed for kandidatuddannelse i medicin flere steder i landet. I 2021 blev der optaget i alt 1.635 på bacheloruddannelsen på lægeskolerne og 1.383 på kandidatuddannelsen, hvilket er en øgning på henholdsvis 21 pct. og 47 pct. sammenlignet med 2011. I lyset af en befolkningsudvikling på knap fem procent i perioden, er der tale om en betydelig øgning af antallet af lægestuderende.

Udvikling på medicinstudierne

Øget optag på medicinstudierne

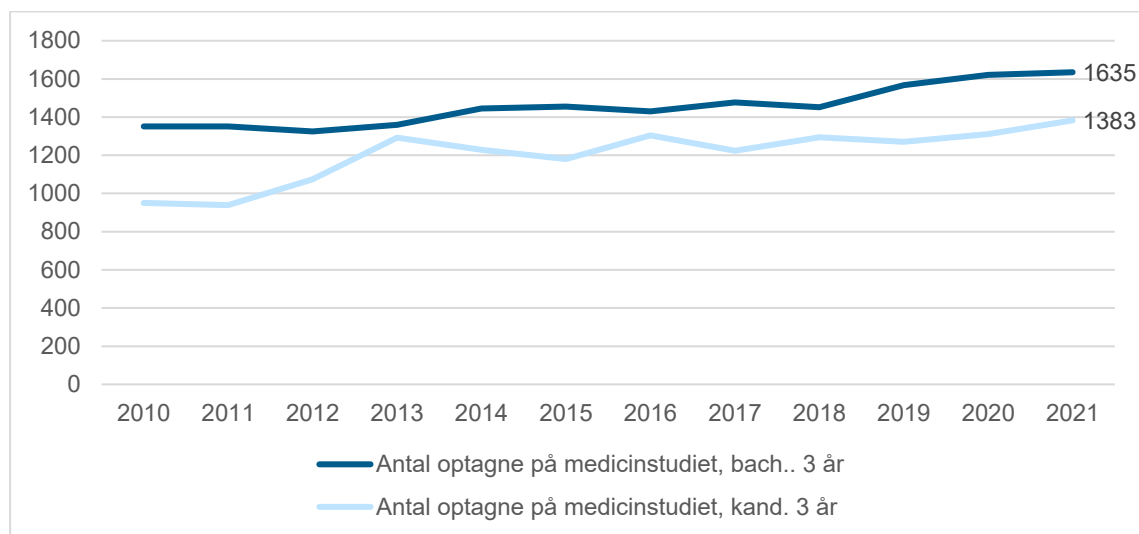
Hovedparten (92 pct.) af de studerende er danske statsborgere – og kvinder (70 pct.)

Relativt lavt frafald på medicinstudierne

Stagnation i antallet af læger uddannet i udlandet der får dansk autorisation

Etableringen af medicinstudiet i Ålborg 2010 har betydet at der er en større geografisk fordeling af de studerende. Med etablering af SDU's afdeling i Esbjerg og KU's afdeling i Køge fortsættes den udvikling

Figur 11. Optag på medicinuddannelsen fordelt på bachelor og kandidat, 2010-2021



Kilde: Uddannelses- og Forskningsministeriets datavarehus baseret på data fra Danmarks Statistik

Fordelingen af de studerende er ændret over tid, så andelsmæssigt uddannes i dag en større del læger fra Syddansk Universitet og Aalborg Universitet end tidligere.

Tabel 8. Optag på medicinstudiet fordelt efter institution

	2011	2021	Udvikling antal	Udvikling pct.
Antal optagne på medicinstudiet, bach.	1.352	1.573	221	16pct.
Antal optagne på medicinstudiet, kand. 3 år	950	1.270	320	34pct.
Antal optagne pr. 100.000 indbyggere	24,4	27,1	2,7	11pct.
Optag til medicinstudiet fordelt efter institution				
København Universitet, medicin, bach.	532	565	33	6pct.
Aarhus Universitet	465	485	20	4pct.
Syddansk Universitet	302	351	49	16pct.
Aalborg Universitet	53	172	119	225pct.

Kilde: Uddannelses- og Forskningsministeriets datavarehus baseret på data fra Danmarks Statistik

Frafaldet på medicinstudierne er relativt lavt og primært relateret til bacheloruddannelsen, hvor frafaldsprocenten i 2019 var 13,8 pct. mod 1,9 pct. på kandidatuddannelsen.

Det øgede optag over de sidste tyve år afspejles i, at det i Sundhedsstyrelsens lægeprognose (grundscenariet), beregnes at der i vil være ca. 42.300 lægeuddannede (cand. med) i arbejdsstyrken i 2040 mod 28.181 i 2021. Den gennemsnitlige studietid var 6,6 år i 2020 (Sundhedsstyrelsen 2022F).

Hovedparten af de optagne på medicinstudierne er kvinder, og fordelingen var i 2020 70 pct. kvinder og 30 pct. mænd (Sundhedstyrelsen 2022F).

Der har været et fald i antallet og andelen af udenlandske studerende på medicinstudierne. Lægestuderende med udenlandsk statsborgerskab udgjorde i 2020 10 pct. af den samlede tilgang af studerende. Særligt antallet af kandidatstuderende fra de øvrige nordiske lande er faldet væsentligt siden 2010 (Sundhedstyrelsen 2022F).

Der har været et betydeligt fald i andelen af personer med autorisation, der udstedes på baggrund af udenlandsk uddannelse.⁴¹ I 2021 var det 18 pct. af de personer, der fik dansk autorisation, som var uddannet i udlandet, hvor det i 2014 var 26 pct af dem fik dansk autorisation, som var fra udlandet. Der blev i 2021 udstedt 39 pct. flere autorisationer end i 2014, og væksten er sket i gruppen af personer, der er uddannet i Danmark (Sundhedstyrelsen 2022F).

4.4.2. Aktivitet i lægelige videreuddannelse

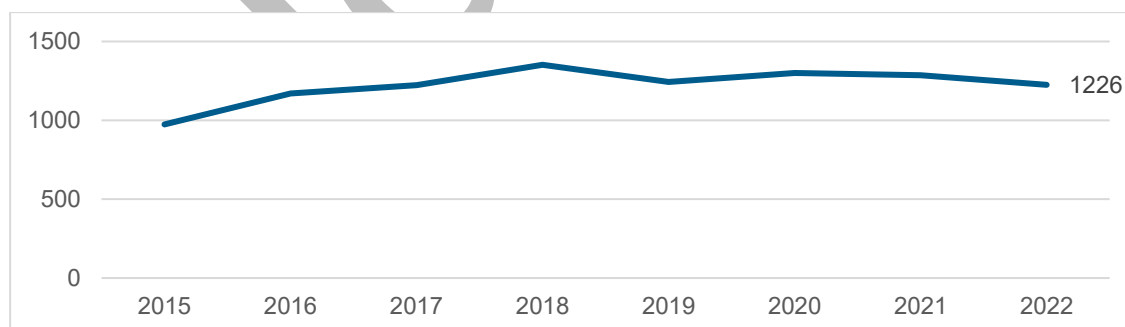
Klinisk basisuddannelse

Optaget på medicinstudierne er steget over en årrække, hvorfor antallet af kandidater og tilmeldinger til den kliniske basisuddannelse også er steget. (se figur). Der kan være en del udsving i tilmeldinger mellem sommer (flest tilmeldinger) og vinter (færrest), hvilket fordrer en fleksibilitet i forhold til at oprette uddannelsesforløb regionalt. Antallet af tilmeldte til den kliniske basisuddannelse med begyndelse sommeren 2022 var 681.

Gennemsnitstiden mellem autorisation og opnåelse af tilladelse til selvstændigt virke er faldet fra 2,3 år i 2008 til 1,6 år i 2021 (Sundhedstyrelsen 2022F), som følge af bl.a. overgangen fra 18 måneders turnus til 12 måneders KBU.

I 2021 fik i alt 1533 læger autorisation, heraf var 1254 uddannet i Danmark. I sommeren 2022 og vinter 2021/22 tilmeldte i alt 1226 læger sig den kliniske basisuddannelse.

Figur 12. Årligt antal tilmeldte til KBU-forløb 2015-2022



Anm.: De tilmeldte fordeles efter de tre videreuddannelsesregioner (Nord: 33 pct, Syd: 22 pct og Øst: 45 pct)

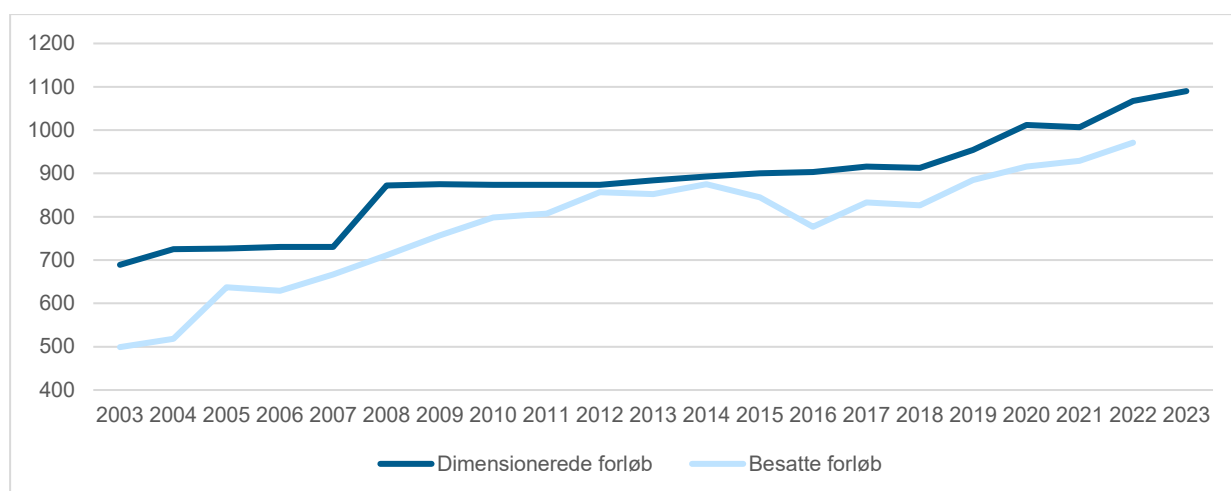
Kilde: Sundhedsstyrelsen

Speciallægeuddannelsen

⁴¹ Udenlandsk uddannede kan være danske statsborgere, der har valgt at studere i udlandet.

Antallet af forløb i speciallægeuddannelsen er fastlagt i en dimensioneringsplan. Hvordan dette foregår er beskrevet i afsnit 3.6. Over tid er antallet af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen øget og i 2023 (seneste dimensioneringsplan) øges antallet af hoveduddannelsesforløb til i alt 1090, som fordeles på de tre videreuddannelsesregioner (Nord 371, Syd 243 og Øst 476 forløb).

Figur 13. Dimensionerede og besatte hoveduddannelsesforløb, hele landet, 2003-23 (besatte til 2021)



Kilde: Sundhedsstyrelsens dimensioneringsplan

Sundhedsstyrelsen udgiver hvert år en opgørelse af opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen. Opgørelsen udgives i foråret med data fra det forgangne år. Seneste data for besatte forløb er fra 2021.

I 2021 blev 92 pct. af det dimensionerede antal hoveduddannelsesforløb besat. Besættelsesgraden har været stabil over tid, men der er forskelle mellem specialer og på tværs af de tre videreuddannelsesregionerne, eksempelvis er besættelsesgraden almindeligvis højere i Videreuddannelsesregion Øst end de to øvrige videreuddannelsesregioner. Der er blevet øget i antallet af hoveduddannelsesforløb i almen medicin, det er foreløbigt ikke lykket at besætte alle forløb (på landsplan er besættelsesgraden 79 pct.). Derudover er der ledige forløb i alle tre videreuddannelsesregioner i specialerne akutmedicin, arbejdsmedicin og reumatologi.

Antallet af besatte hoveduddannelsesforløb i forhold til det totale antal dimensionerede forløb er i Videreuddannelsesregion Øst 97 pct., i Nord 93 pct. og i videreuddannelsesregion Syd 84 pct.

Tabel 9. Opstående og besatte hoveduddannelsesforløb i 2021 – Danmark

Speciale	Gældende Dim. Plan 2021 (oprindelig Dim. Plan 2021)	Opstående	Ansøgere	Besatte	Ubesatte ift. gældende Dim. Plan	Besættelses pct.
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	42	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	1.642	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 besættelses pct. 85%.

I Dimensioneringsplan 2021 blev der indført øget fleksibilitet i antallet af hoveduddannelsesforløb ved at introducere et fastlagt antal fleksforløb, hvor det er muligt at overføre ubesatte forløb til opslag og besættelse i andre specialer. Det maksimale antal fleksforløb på landsplan er fastsat til 100 fleksforløb i 2023, og fordeler sig således mellem de tre videreuddannelsesregioner:

- Videreuddannelsesregion Øst: 44 fleksforløb

- Videreuddannelsesregion Syd: 22 fleksforløb
- Videreuddannelsesregion Nord: 34 fleksforløb

Det har ikke været muligt for Sundhedsstyrelsen at udarbejde årlige opgørelser over besatte og ubesatte introduktionsforløb i speciallægeuddannelsen på grund af manglende indberetninger. Opslag foregår lokalt og videreuddannelsesregionerne modtager ikke har data på antallet af opslåede forløb. I stedet opgøres på videreuddannelsesniveau antallet af besatte introduktionsforløb per speciale ([Se Sundhedsstyrelsens hjemmeside](#)).

Uddannelsesvarighed

Det tager tid at blive speciallæge. Medicinstudiet er normeret til seks år og er den længste videregående uddannelse i Danmark. Den har samme varighed som studiet i mange europæiske lande – blandt andet Norge og Sverige.

I 2021 er den gennemsnitlige alder ved opnåelse af autorisation 28,2 år (i 2001 var den 29,3 år), mens en dansk uddannet læge i gennemsnit var 39,7 år (i 2011 40,2 år) ved opnåelsen af speciallægeanerkendelse. (Sundhedsstyrelsen 2022F)

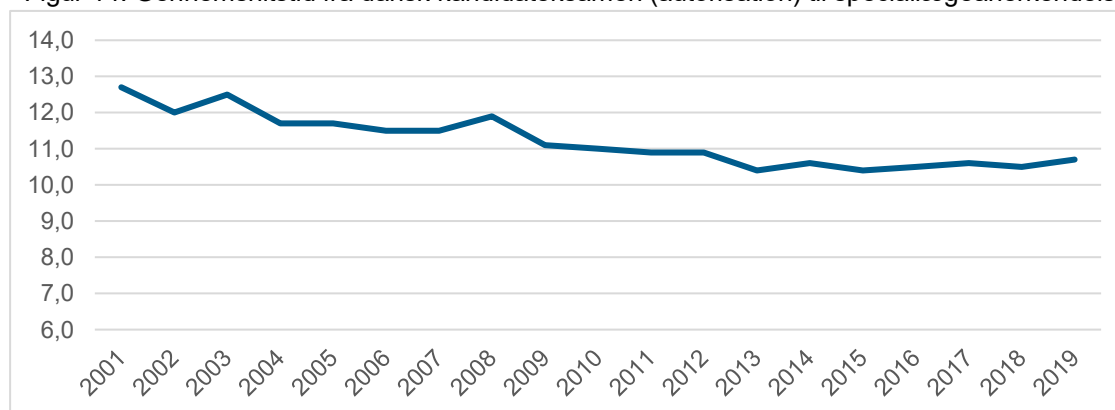
Den gennemsnitlige studietid er faldet i perioden 2000-2020 fra 7,8 år til 6,6 år (eventuelle pauser mellem bachelor og kandidatuddannelsen indgår ikke i gennemsnittet). Det kan skyldes flere faktorer, både uddannelses- og karrierekulturelle, men også strukturelle tiltag såsom:

- Lægestudiet blev kortet fra 6,5 til 6,0 år i 2005
- Den intenderede forkortelse af uddannelsesstiden med indførelse af étårig klinisk basisuddannelse samt 4-årsfrist i 2008
- Fremdriftsreformen, der var et led af SU-reformen, og blev gældende for alle studerende ved universiteterne fra sommeren 2015

Gennemsnitstiden fra autorisation til tilladelse til selvstændig virke var i 2021 1,6 år sammenlignet med 2,0 år i 2009 (Sundhedsstyrelsen 2022F).

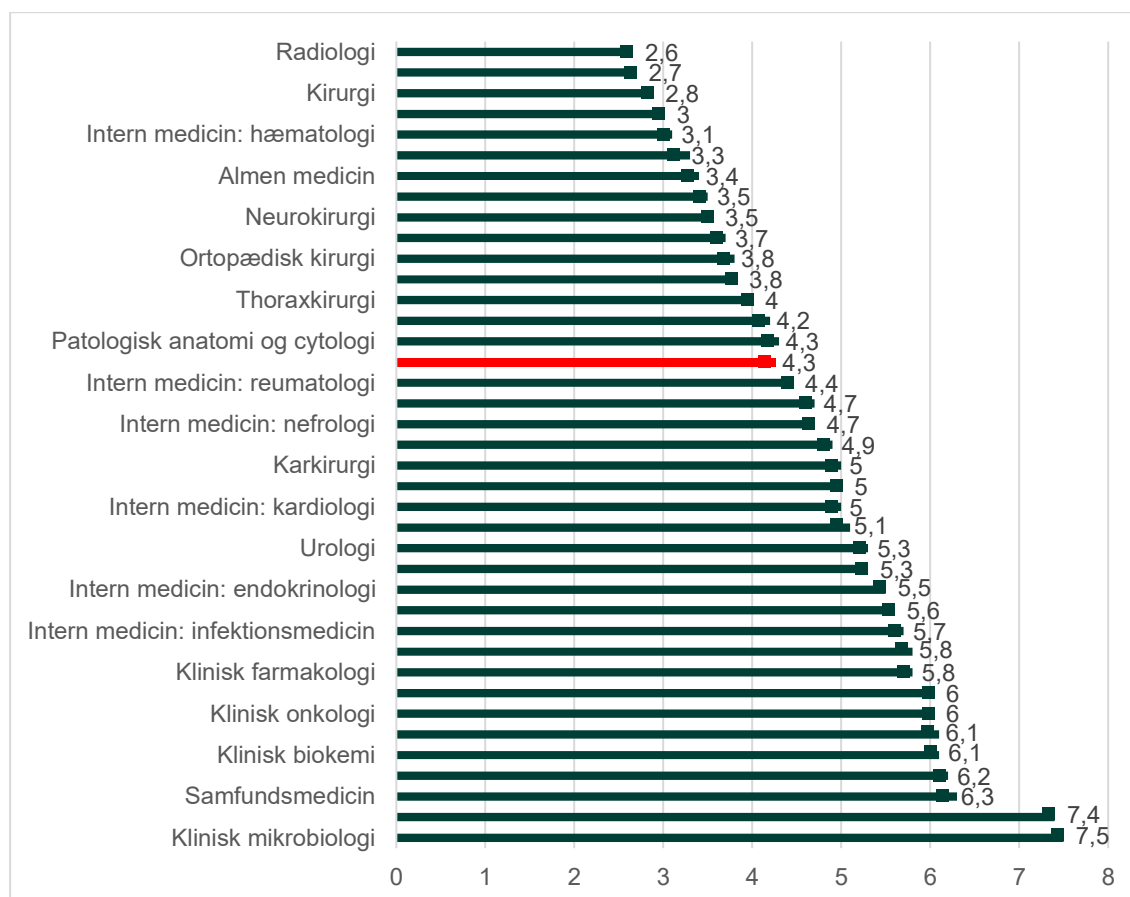
For læger, der erhvervede speciallægeanerkendelse i 2021, var det i gennemsnit 10,7 år siden de havde modtaget autorisation (gennemførelsestid). Gennemførelsestiden har været jævnt faldende fra 12,7 år i 2001 til 2013 og siden ligget mellem 10,4 -10,8 år. Der er variationer på gennemførelsestider mellem specialerne f.eks. i 2021 har almen medicin en gennemførelsestid på 9,4 år, geriatri på 10,3 år, psykiatri på 11,1 år og klinisk mikrobiologi på 13,5 år. (Sundhedsstyrelsen 2022F, bilag 2).

Figur 14. Gennemsnitstid fra dansk kandidateksamen (autorisation) til speciallægeanerkendelse



Den hurtigst mulige gennemførsel af den lægelige videreuddannelse (fra autorisation til speciallægeanerkendelse) er 72-84 måneder afhængigt af valgte speciale i speciallægeuddannelse. I gennemsnit bruger lægerne 4,3 år mere end dette, dog med udtalt variation afhængigt af hvilket speciale, der er tale om (se figur 15).

Figur 15 . Gennemsnitlig forlængelse fordelt efter speciale, 2021 (uddannelsestid i år udover normeret tid)



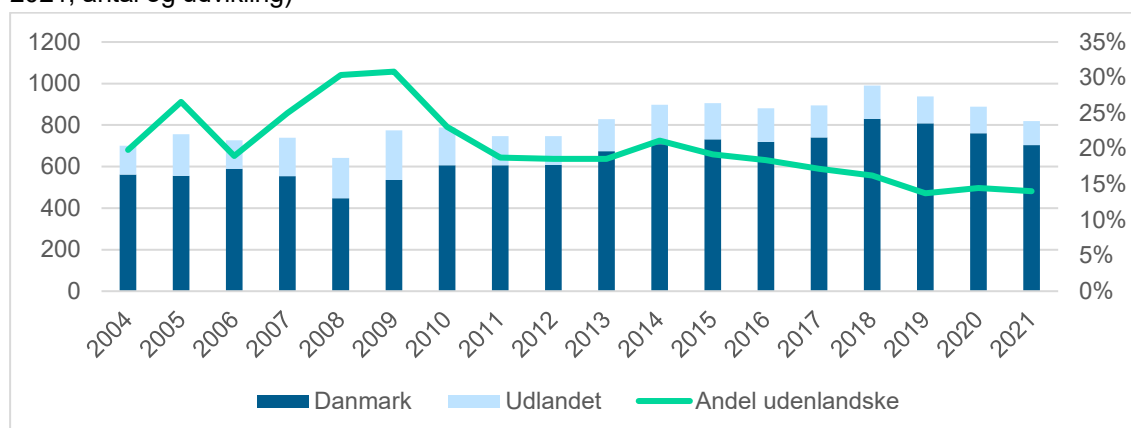
Kilde: Lægeprognosen 2021-2045. Datagrundlaget: Sundhedsdatastyrelsens autorisationsregister. Gennemsnitstid fra en dansk uddannet læge opnår autorisation til vedkommende bliver danskuddannet speciallæge første gang i perioden 2004-2021."

Note: Uddannelsestid udover normeret tid er beregnet således: (varighed fra autorisation til speciallægeanerkendelse – normeret varighed)

Udstedte speciallægeerkendelser

I den periode 2009 til 2019 har der været en vækst på 21 pct. udstedte speciallægeanerkendelser, men siden 2019 er antallet faldet fra 938 til 819 i 2021. Stigningen er primært forårsaget af flere læger, der er uddannet i Danmark. Antallet og andelen af udstedte speciallægeerkendelser til læger uddannet i udlandet toppede i 2009, hvor 238 udenlandsk uddannede speciallæger fik dansk speciallægeanerkendelse, hvilket svarer til, at hver tredje speciallægeanerkendelse blev givet til en udenlandsk uddannet læge. I 2021 var denne andel 19 pct (Sundhedstilsynet 2022F)

Figur 16. Antal udstedte speciallægeerkendelser fordelt på herkomst eller uddannelsesland (2004-2021, antal og udvikling)



Kilde: Det Statistiske Autorisationsregister (Sundhedsdatastyrelsen)

Note: Uddannelsesland er det land, hvor den postgraduate uddannelse og speciallægeanerkendelse er opnået.

Få læger gennemfører mere end en speciallægeuddannelse. Således har 2,8 procent af alle speciallæger under 75 år per november 2022 i autorisationsregistret to eller flere speciallægeanerkendelse⁴².

4.4.3. Det lægelige arbejdsmarked

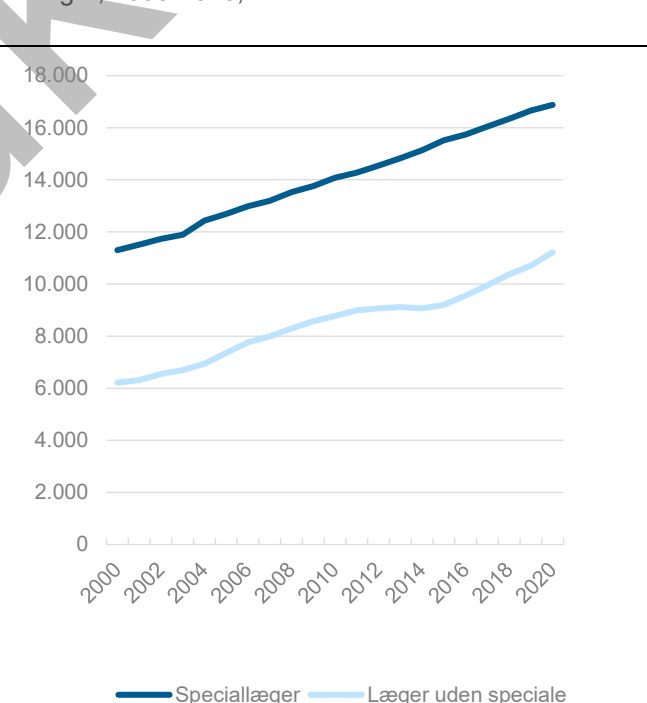
Arbejdsstyrke af læger og speciallæger

Arbejdsstyrken er betegnelsen for alle de mennesker, som er til rådighed for arbejdsmarkedet, og består derfor både af beskæftigede og arbejdssøgende. Læger der er under videreuddannelse tæller med som beskæftigede i arbejdsstyrkestatistikken, da de har en lønindkomst.

Sundhedsdatastyrelsen opgør⁴³ den lægelige arbejdsstyrke. I 2020 var der 28.093, læger i arbejdsstyrken, hvoraf ca. 16.800 (60 pct.) havde erhvervet speciallægeanerkendelse, mens ca. 11.200 (40 pct.) ikke havde speciallægeanerkendelse.

Ganske få læger med speciallægeanerkendelse er registreret som værende 'ikke i beskæftigelse' (8 speciallæger), mens en lidt større del af læger uden

Figur 17. Udvikling i arbejdsstyrken af læger og speciallæger, 2000-2020, hele landet



Kilde: Arbejdsstyrken af sundhedsuddannede fordelt på faggrupper, Sundhedsdatastyrelsen

⁴² Datatræk i autorisationsregisteret den 16. november 2022. Der er kun medtaget specialekombinationer, der er udtryk for et reelt specialeskifte, hvorfor læger, der har flere speciallægeanerkendelse grundet den tidligere grenspecialestruktur, ændringer af specialestruktur og specialers navneskifte ikke er inddraget.

⁴³ <https://www.esundhed.dk/>

speciallægeanerkendelse, 121, er registreret som værende 'ikke i beskæftigelse' i 2020.

Arbejdsstyrken af læger og speciallæger er vokset med 5.200 personer fra 2010 til 2020 svarende til en vækst på 22 pct. I samme periode er arbejdsstyrken af alle sundhedsuddannede vokset med 14 pct. Lægerne udgjorde i 2020 cirka 8,7 pct. af arbejdsstyrken af sundhedsuddannede i Danmark⁴⁴.

Hovedparten (90,8 pct.) af den lægelige arbejdsstyrke har deres grunduddannelse fra et dansk medicinstudie. Fra 2009 til 2019 er andelen af læger, der har gennemført medicinstudiet i udlandet steget fra 8,3 pct. til 9,2 pct.

Tabel 10. Arbejdsstyrken af speciallæger og læger uden speciale fordelt på uddannelseslandegrupper (land hvor medicinstudiet er gennemført)

	2009	2019	Udvikling antal	Udvikling pct.
Danmark	20.349	24.484	4.135	20 pct.
Norden	118	121	3	3 pct.
EU/EØS	905	1.278	373	41 pct.
Tredjeland	776	1.059	283	36 pct.
Ukendt	53	18	- 35	- 66 pct.
I alt	22.201	26.960	4.759	21 pct.

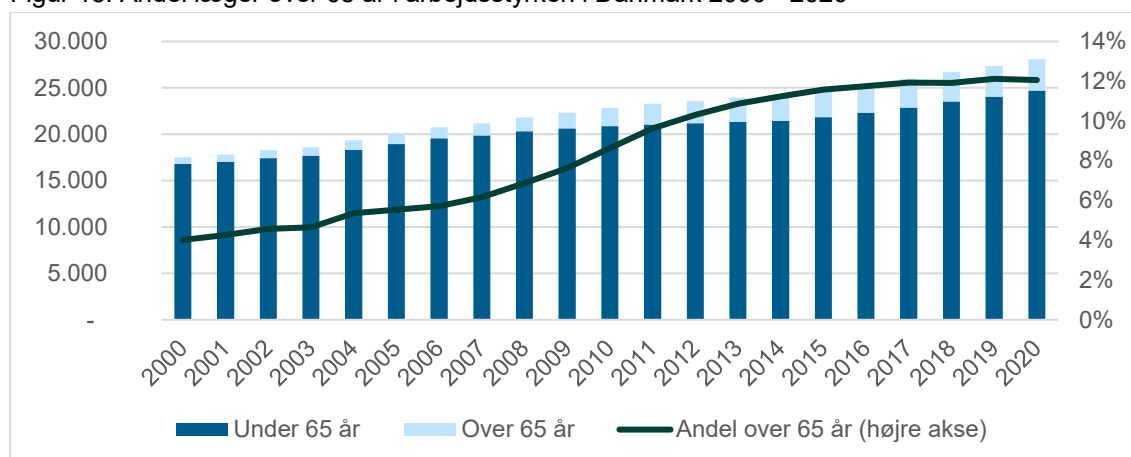
Kilde: Bevægelsesregisteret, Sundhedsdatastyrelsen

Kønsfordelingen blandt læger i arbejdsstyrken er i 2019 46 pct. mænd og 54 pct. kvinder. Dette afspejler, at fordelingen af læger uden speciale har overvægt af kvinder (62 pct.) og der er flest mænd blandt speciallægerne (52 pct.) (Sundhedstyrelsen 2022F). Det betyder, at der er relativt flere kvinder blandt de yngre læger i arbejdsstyrken, mens der for læger over 60 år ses en højere andel af mænd jf. tidligere beskrivelse af kønsfordeling på medicinstudierne, hvorfor der forventes at andelen af kvindelige læger vil stige yderligere i fremtiden.

Flere læger fortsætter med at være på arbejdsmarkedet efter de er fyldt 65 år. Mere end 3.300 læger var i 2018 over 65 år. I 2000 var andelen af læger over 65 år således 4 pct., mens den i 2020 var 12 pct.

⁴⁴ Arbejdsstyrken af læger var 28.093 i 2020. Den samlede arbejdsstyrke af sundhedsuddannede var 320.673 i 2020. Kilde: Bevægelsesregisteret 2020, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 18. Andel læger over 65 år i arbejdsstyrken i Danmark 2000 - 2020



Kilde: Arbejdsstyrken af Sundhedsuddannede, Bevægelsesregisteret, Sundhedsdatastyrelsen

Læger og speciallægers beskæftigelse

I 2018 (seneste dataår) var der cirka 25.000 beskæftigede læger. Ni ud af 10 læger arbejder i det behandlende sundhedsvæsen⁴⁵.

I de seneste ti år (2008-2018) er det samlede antal beskæftigede læger (både læger og speciallæger) øget med cirka 4.200 læger, svarende til en vækst på 20 pct. Beskæftigelsesvæksten er primært sket på hospitaler. Siden 2008 er der 4.100 flere beskæftigede læger på hospitalerne. Hospitalerne har således kunne tiltrække og fastholde en stigende andel af alle læger. To ud af tre beskæftigede læger arbejdede i 2018 på hospitaler⁴⁶.

Der ses i perioden 2008-2018 et mindre fald i antallet af beskæftigede læger i almen praksis og en mindre stigning i antallet af læger, som er beskæftigede ved eller som praktiserende speciallæger på 7 pct.

Under 300 læger arbejdede i 2018 med fremstilling af og handel med medicinalvarer. Det er én pct. af alle beskæftigede læger, og blot 57 af lægerne i branchen var speciallæger.

Tabel 11. Antal læger i beskæftigelse (både med og uden speciallægeanerkendelse) fordelt på branche, 2008-2018

	2008	2018	Udvikling i antal	Udvikling i pct
Hospitaler	12.692	16.805	4.113	32pct
Alment praktiserende læger	4.387	4.331	-56	-1 pct
Praktiserende speciallæger	1.313	1.410	97	7 pct
Sundhedsvæsen i øvrigt	146	175	29	20 pct
Institutionsophold og Sociale foranstaltninger	161	144	-17	-11 pct
Offentlig forvaltning	210	300	90	43 pct

⁴⁵ Branchekode: Hovedgruppe 86 – Sundhedsvæsen. Hospitaler, Praktiserende læger (almen og speciallæger) og sundhedsvæsen i øvrigt

⁴⁶ Branchen omfatter private og offentlige hospitaler (inkl. psykiatriske), skadestuer og tjenester ydet af medicinsk og paramedicinsk personale, herunder laboratorietjenester, radiologi og anæstesi.

Undervisning, forskning	714	697	-17	-2 pct
Fremstilling af og handel med medicinalvarer	235	288	53	23 pct
Øvrige brancher	918	814	-104	-11 pct
Total	20.776	24.964	4.188	20 pct

Regional beskæftigelse

I hele landet er antallet af beskæftigede speciallæger øget fra 2,4 læger til 2,7 læger pr. 1.000 indbyggere fra 2009 til 2019.

Der er flest beskæftigede speciallæger i Region Hovedstaden både i absolutte tal og målt pr. 1.000 indbyggere. I de sidste 10 år er forskellen i antal speciallæger pr. 1.000 indbyggere blevet mindre mellem Region Hovedstaden og Region Midtjylland, Region Nordjylland og Region Syddanmark.

Der er færrest speciallæger pr. indbygger i Region Sjælland, og da det samtidig er den region med laveste vækst i antal speciallæger, vil forskellen til øvrige regioner øges.

Tabel 12. Antal beskæftigede speciallæger (pr. 1000 indbyggere), 2009 og 2019, fordelt på regioner

	Antal beskæftigede speciallæger		Antal beskæftigede speciallæger pr. 1.000 indbyggere		
	2009	2019	2009	2019	Udvikling (antal)
Region Nordjylland	1227	1425	2,1	2,4	0,3
Region Midtjylland	2830	3436	2,3	2,6	0,3
Region Syddanmark	2671	3306	2,2	2,7	0,5
Region Hovedstaden	4996	5923	3,0	3,2	0,2
Region Sjælland	1698	1874	2,1	2,2	0,2
Hele landet	13436	15986	2,4	2,7	0,3

Kilde: Bevægelsesregister, Sundhedsdastyrelsen og Folketal, Statistikbanken

Deltid

Der foreligger ikke solide data over alle lægers deltid- og fuldtidsbeskæftigelse i nationale registre. Til belysning af hvor mange læger, der ikke har fuldtidsbeskæftigelse er indhentet data fra kommunernes og regionernes løndatakontor om lægers arbejdstid og ansættelsestype (Tabel 13). Data indikerer, at der er en stigende andel af læger på de offentlige sygehuse, som arbejder mindre end fuld tid. I 10-års perioden 2011 til 2021 er andelen af læger beskæftiget på offentlige sygehuse, der arbejder mindre end fuld tid, steget fra 4,9 pct. til 12,6 pct. Den gennemsnitlige arbejdstid for læger

på offentlige sygehuse er faldet fra 36,4 timer i 2011 til 35,1 time i 2021⁴⁷. Flere læger og speciallæger vil kunne arbejde flere timer end det fremgår af de indhentede data, fordi data alene omfatter den aftalte, gennemsnitlige lønnede arbejdstid. For selvstændige i speciallæge- og almen praksis er der ikke tilsvarende tilgængelige oplysninger om arbejdstid.

Tabel 13. Beskæftigede læger på offentlige sygehuse i Danmark i år 2011 og 2021

	2011	2021
Antal læger på deltid (under 37 timer pr. uge)	733	2.525
Gennemsnitlig antal timer (for fuldtids- og deltidsansatte) pr. uge	36,4	35,1
I alt beskæftigede læger på offentlige sygehuse	14.895	20.012
Andel læger beskæftiget på offentlige sygehuse på deltid (under 37 timer)	4,9 pct.	12,6 pct.

Kilde: Kommunernes og Regionernes Løndatakontor. (Esundhed.dk)

Videreuddannelsesregionerne oplever en stigende interesse blandt uddannelseslæger for at få deltidsansættelse. Det gælder særligt læger i specialet almen medicin i uddannelsesforløb i almen praksis. En opgørelse fra Videreuddannelsesregion Nord viser, at der fra 2015 til 2020 har været en stigning i antallet af uddannelseslæger på deltid⁴⁸ (fra 38 til 122). I Videreuddannelsesregion Nord var 14 ud af 122 forløb begrundet i forskning, hvor de resterende 108 var af forskellige personlige årsager blandt andet faglige, helbredsmæssige, familiemæssige eller sociale forhold. Stigningen er således primært forårsaget af uddannelseslæger, der af personlige årsager ønsker at arbejde mindre end 37 timer gennemsnitlig om ugen⁴⁹.

Lægelig uddannelse og beskæftigelse i internationalt perspektiv

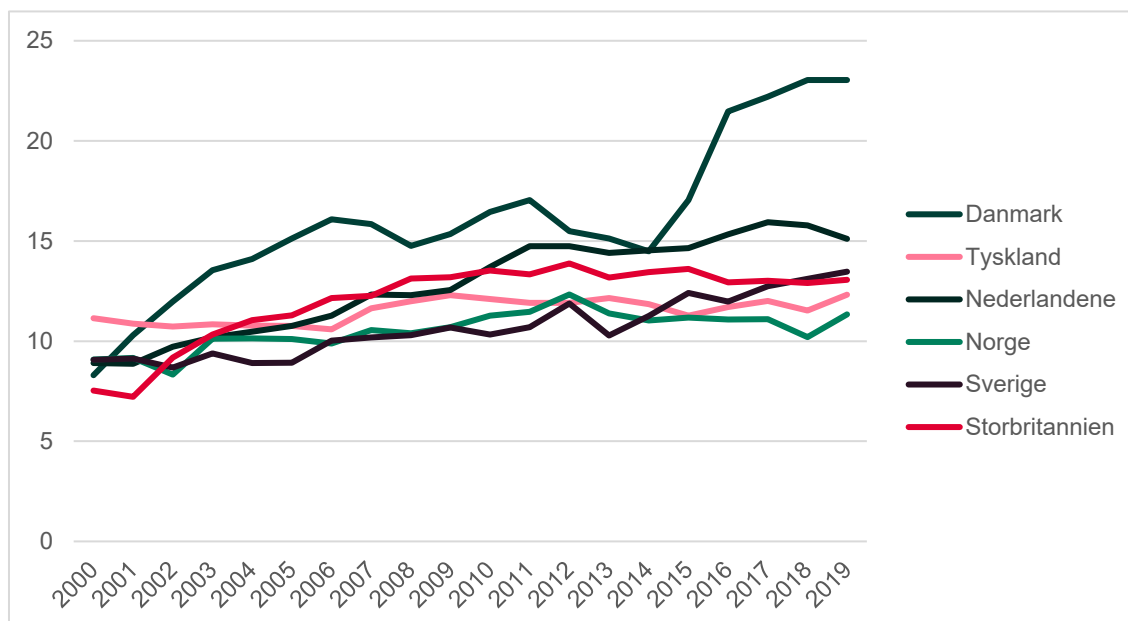
Danmark er et af de lande i OECD, som uddanner flest læger i forhold til befolkningsstørrelsen. I 2019 uddannedes 23,4 læger pr. 100.000 personer i Danmark.

⁴⁷ Kilde: Kommunernes og Regionernes Løndatakontor (Esundhed.dk)

⁴⁸ Mindre end 37 timer pr. uge

⁴⁹ Oplæg ved Mads Skipper - "Deltid i uddannelsen", Videreuddannelsesregion Nord, den 24/9 2021

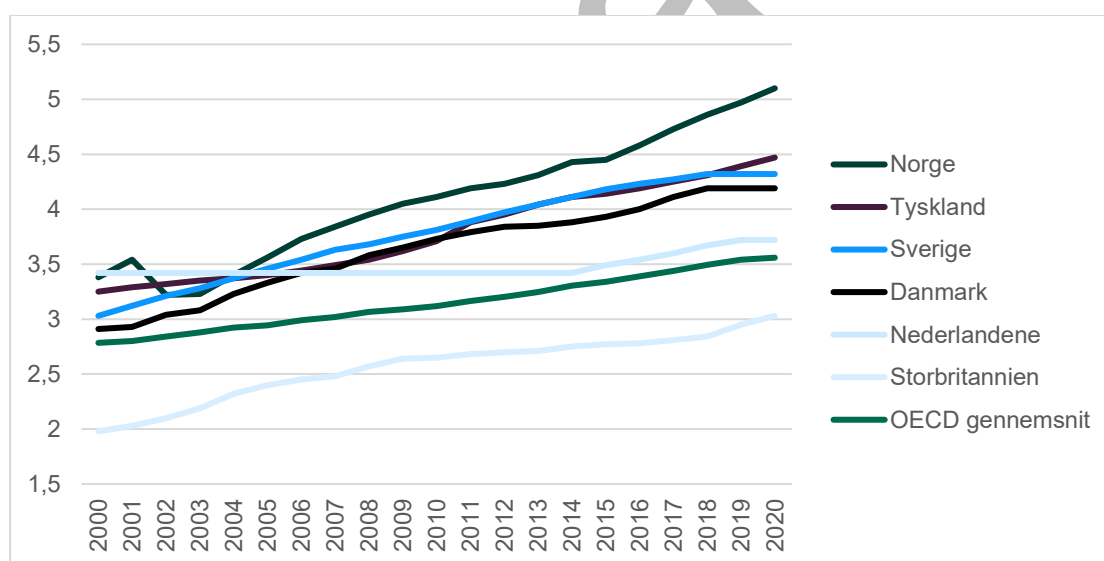
Figur 19. Årligt antal uddannede læger (medical graduates) per 100.000 indbyggere



Kilde: OECD (2023), Medical graduates (indicator). doi: 10.1787/ac5bd5d3-en

Note: Sammenligning på tværs af landene kan være forbundet med en vis usikkerhed, da der kan være forskel på opgørelsesmetoderne

Figur 20. Antal læger der leverer ydelser til patienter pr. 1000 indbyggere



Kilde: OECD (2023), Doctors (indicator). doi: 10.1787/4355e1ec-en

Note: Sammenligning på tværs af landene kan være forbundet med en vis usikkerhed, da der kan være forskel på opgørelsesmetoderne

I samtlige OECD-lande ses over de seneste 20 år et øget antal læger, der leverer ydelser til patienter pr 1000 indbyggere. Således er OECD-gennemsnittet øget med 0,77 læger fra år 2000 til 2020.

Norge, Tyskland, Sverige, Danmark samt Nederlandene har alle flere læger pr. 1.000 indbyggere end OECD-gennemsnittet; mens Storbritannien har færre.

5. Udfordringer og muligheder

Den lægelige videreuddannelse er blevet ændret i forlængelse af speciallægekommissionens anbefalinger fra 2000, og har gennemgået en udvikling, som på mange måder har resulteret i en vel-fungerende videreuddannelse.

Udviklingen i samfundet og sundhedsvæsenet har gennem de sidste 20 år har dog været markant, og der er derfor, som en del af revisionsarbejdet, foretaget en vurdering af om lægers videreuddannelse i tilstrækkeligt omfang tilgodeser, at læger skal kunne agere i fremtidens sundhedsvæsen og være uddannet til at varetage patienternes behov.

I de forrige kapitler er der redegjort for hvordan videreuddannelsen fungerer i dag og udviklingen i befolkning, sygdom og sundhedsvæsenet er beskrevet.

Antallet af speciallæger og læger under uddannelse er historisk højt, og Danmark er et af de lande i OECD, der uddanner flest læger i forhold til befolkningsstørrelsen. Alligevel mangler der læger visse steder i Danmark inden for visse specialer. Aktiviteten i sundhedsvæsenet er generelt stigende og der er flere og mere komplekse patientforløb. Den fortsatte medicinsk-teknologiske udvikling muliggør flere og bedre behandlingstyper. Befolkningens sundhedstilstand bevæger sig generelt i den rigtige retning, om end der er vigtige undtagelser indenfor psykisk sygdom og mistrivsel samt med hensyn til ulighed i sundhed for forskellige grupper.

For at kunne imødekomme de ændrede og mere komplekse patientbehov samt den demografiske udvikling bør der ske en omstilling af sundhedsvæsenet. Udviklingen af de sundhedsprofessionelles kompetencer, ikke mindst lægers videreuddannelse, skal ses i dette perspektiv.

Det er et godt udgangspunkt, at der uddannes kompetente kandidater fra alle medicinstudier, og at kvaliteten af videreuddannelsen generelt er god. Der er lang erfaring med den overordnede planlægning og praktiske gennemførelse af videreuddannelsen, hvor vi i Danmark følger det fremherskende internationale paradigme, at speciallæger bør uddannes mens de arbejder, under kompetencebaserede forløb med løbende feedback og kompetencevurdering i det kliniske arbejde.

Under revisionsarbejdet af videreuddannelsen er der identificeret områder, der ved en styrkelse over tid vil forbedre videreuddannelsen. Disse er beskrevet i kapitel 4 og de analyser der er henvist til og gælder bl.a. for overgangen fra medicinstudiet til den kliniske dagligdag i den erhvervsbaserede videreuddannelse. Derudover er der mulighed for forbedring af de rammesættende dokumenter (bl.a. målbeskrivelserne) for videreuddannelsen, kurser og kompetencevurdering i praksis.

I de følgende afsnit uddybes centrale muligheder og udfordringer baseret på gennemgangen af viden og data i kapitel 4, som videreuddannelsen bør tilrettelægges efter. Mulighederne og udfordringerne danner grundlag for anbefalingerne der præsenteres i kapitel 6.

Følgende temaer gennemgås:

- Den demografiske udvikling og multisygdom
- Specialisering og fragmenterede sundhedsydelser
- Øget aktivitet og mindsket robusthed i sundhedsvæsenet
- Ulighed
- Psykisk mistrivsel og psykisk sygdom
- Primærsektoren

- Lægelivet og det lægelige arbejdsmarked
- Den teknologiske og faglige udvikling
- En øget aktivitet uden for det offentlige sygehusvæsen

5.1. Den demografiske udvikling og multisygdom

Den stigende andel af ældre borgere og patienter med multisygdom øger behovet for forandringer i både behandling og patientkontakt. Som det er i dag vil patienten med flere sygdomme følges i forskellige specialer og have flere speciallæger i uafhængige forløb. Ved skift mellem fagligheder og sektorer kan der ske videnstab og patientens oplevelse af sammenhæng kan være lav. Hvis den enkelte speciallæge opretholder generalist kompetencer og derfor også kan behandle mere almindelige, hyppige lidelser uden for eget speciale, vil det kunne medføre færre forløb og behandlere for den enkelte patient, hvilket vil bidrage til mere sammenhængende forløb og give bedre mulighed for øget compliance hos patienten både mht sygdomsforståelse, medicinindtag, lægebesøg mm. Den behandlende speciallæge vil kunne få et bedre overblik og indsigt i det samlede sygdomsbillede, etablere realistiske og effektive behandlingsplaner, sikre unødigt polyfarmaci mm.

Sikringen af sammenhæng af blandt andet de mere komplekse sygdomsforløb fordrer også, at de fagprofessionelle agerer ud fra et så vidt muligt fælles evidensbaseret vidensgrundlag, hvilket nødvendiggør behovet for mere tværfaglig og tværsektoriel forskning, som løbende bliver implementeret i praksis.

Udfordringen med øgningen i antallet og mere komplekse patientforløb medfører øgede krav til den lægelige videreuddannelse om at uddanne speciallæger med brede kompetencer, så den enkelte læge kan varetage flere problemstillinger selv og skabe interesse for det generelle og ikke-specialiserede niveau og derigennem fordele lægerne mere hensigtsmæssigt i forhold til niveauer af specialisering og geografi.

Her kan den lægelige videreuddannelse bidrage ved at øge fokus på 1) kompetencer der understøtter samarbejdet mellem primær sektor og det specialiserede sygehusvæsen og 2) generalist kompetencer. Sidstnævnte kan styrkes ved at beskrive fælles opgaver og fælles kompetence så den enkelte speciallæge tager ansvar for en større del af det samlede patientforløb, hvor det væsentligste bliver fokus på patientens sundhed og funktionsniveau samt patient- og pårørendeinddragelse.

5.2. Specialisering og fragmenterede sundhedsydelser

Den stigende specialisering og samling af sygehusfunktioner over de sidste tyve år har været drevet af et mål om faglig udvikling og højere kvalitet i behandlingen af en række somatiske sygdomme. Antallet af sengepladser er reduceret, en større del af behandlingen er ambulant eller er flyttet til primærsektoren, og indlæggelsestiden er faldet.

Eftersom antallet af henvisninger af patienter til sygehusene er steget gennem årene, mens behandlingstilbuddene på sygehusene er blevet stadigt mere specialiserede, betyder det, at flere patienter med relativt almene og generelle problemstillinger mødes af specialister med højt specialiseringsniveau.

Kombinationen af sygehusenes specialisering og centralisering (inklusiv intern arbejdsdeling) samt lægers intuitive interesse for faglige fordybelse medfører over tid, at mange erfarne speciallæger har et specialiseret arbejdsfelt.

Væksten i sygehusansatte læger har langt overgået væksten af læger uden for sygehusene. Samtidigt flyttes opgaver fra sygehusene til primærsektoren hvor praktiserende læger og praktiserende speciallæger overtager arbejdsopgaver, der tidligere lå i sygehusregi. Der stilles ligeledes i større grad krav og forventninger til kommunernes opgavevaretagelse som fx med kommunale akutfunktioner og forebyggende indsatser. Denne udvikling stiller krav til den lægelige videreuddannelse om at uddanne speciallæger, der har kompetencer og viden til rådighed på tværs af sektorer, og at uddannelsen og opgavevaretagelsen mellem sektorer følges ad.

Der vil stadig være stort behov for specialiseret udredning og behandling på sygehusene i fremtiden, og en hovedudfordring for den lægelige videreuddannelse er at udvikle kompetencer, der både understøtter en tiltagende specialisering og et sundhedsvæsen, der varetager behandling af de almindeligste og hyppigste sygdomme og samtidigt kan tilbyde sammenhængende sundhedstilbud til ældre og multisyge patienter. Det stiller krav til videreuddannelsen om et øget fokus på mål for de forskellige kompetenceniveauer og efteruddannelsen.

Hvor specialiseringen på sygehusene gør, at der kan tilbydes behandling af høj kvalitet i de enkelte ydelser, er der risiko for, at den samlede behandling på tværs af specialer og afdelinger ikke er optimal, hverken ift. værdi for patienten eller ressourceforbrug. Hvis de forskellige ydelser skal være værdiskabende mod et fælles mål, kræver det at de forskellige sundhedsfaglige indsatser koordineres og styres. På nuværende tidspunkt kan den enkelte patient opleve at blive behandlet af mange forskellige speciallæger, der i et vist omfang behandler uafhængigt af hinanden, hvilket kan være medvirkende til, at ansvaret for patientforløbet bliver uklart (VIVE 2018). Specialiseringen og de fragmenterede patientforløb medfører risiko for betydelig organisatorisk ineffektivitet med unødvendige henvisninger, (gen)indlæggelser, abrupte forløb og suboptimal behandlingseffekt (Regeringen 2017).

Videreuddannelsen bør derfor give fremtidens speciallæger viden om andre dele af sundhedsvæsenet, der gør dem i stand til at tage ansvar for en større del af patientens problemstillinger samt et større fokus på patientforløb frem for enkeltstående patientkontakter og problemstillinger.

5.3. Øget aktivitet og mindsket robusthed i sundhedsvæsenet

Udviklingen over de seneste 20 år i patientrettigheder, særligt udrednings- og behandlingsgarantien og de maksimale ventetider for behandling af livstruende hjerte- og kræftsygdomme, samt produktivetskrav og forskellige incitamenter i finansieringen af sundhedsvæsenet har været med til at drive den øgede aktivitet og produktivitet i sundhedsvæsenet. Sidenløbende er der sket en markant forbedring af behandlingskvaliteten bl.a. indenfor kræft og hjertesygdom.

Opgaven for sundhedspersonalet, herunder lægerne, er at kunne arbejde kvalificeret og effektivt og ikke miste blikket for de overgange og sammenhænge der er i forløbene for patienterne. I dialog med den enkelte patient og kollegaer skal lægen kunne foretage en prioritering af udrednings- og behandlingsaktiviteter. De kompetencer skal videreuddannelsen udvikle hos lægen.

Der er stor aktivitet i alle dele af sundhedsvæsenet, og dermed også mange potentielle læringssituationer i det kliniske arbejde for alle læger i videreuddannelsen. En stor del af videreuddannelsen er selv at dygtiggøre sig og tage ansvar for egen læring, men det forudsætter en grad af planlægning på uddannelsesstedet, så komplekse læringssituationer gennemføres når det er hensigtsmæssigt og tilrettelægges med supervision, kompetencevurderinger, vejledersamtaler mv.. Videreuddannelse og patientbehandling hører sammen. Der er uddannelsessteder, hvor den organisatoriske robusthed er svækket f.eks. ved mangel på personale, hvilket betyder at man ikke er i stand til at få det optimale ud af de læringssituationer, der er i patientbehandlingen. Det kan være på afdelinger, hvor det er vanskeligt at fastholde personale i nøglefunktioner blandt speciallæger, plejepersonale m.fl.

Manglende organisatorisk robusthed på afdelingerne kan potentielt have negative konsekvenser for den lægelige videreuddannelse og ses blandt andet på akutmodtagelserne og i psykiatrien. Der er ofte sammenfald mellem afdelinger med et udfordret uddannelsesmiljø og afdelinger der har svært ved at rekruttere og fastholde personale, hvorfor der risikerer at opstå en negativ, selvforstærkende proces som også kan påvirke behandlingskvalitet og aktivitet. Derfor indebærer løsningen af denne udfordring også et stærkt ledelsesmæssigt fokus på både videreuddannelsen og behandling på flere niveauer, dvs både afdelingsniveauet hos ledelsen, uddannelsesansvarlig overlæge, andre speciallæger, men også på sygehusledelsesniveau og regionalt niveau.

5.4. Ulighed i sundhed

Der er social ulighed i risiko i forekomsten af sygdom og ifht konsekvenserne af at være syg i Danmark, hvilket har omkostninger for det enkelte individ, og medfører både øget sygelighed, dårligere livskvalitet og en kortere levetid.

Den sociale ulighed i sundhed betinges blandt andet af forskelle i borgernes adgang til og udbytte af sundhedsydelserne i sundhedsvæsenet (se også afsnit 4.2.6). Der er social ulighed i risikoen for at blive syg, men der er også social ulighed i behandlingsforløb, konsekvensen af sygdomme og brugen af sundhedsfremmende tiltag (Sundhedsstyrelsen 2020D).

Det har betydning for hvordan sundhedstilbud bør struktureres og organiseres. En måde at imødekomme patienternes forskellige sundhedskompetence (se beskrivelse i 4.2.6) på er at tilrettelægge sundhedstilbud og systemer så informationer og ressourcer gøres tilgængelige for alle borgere,

Forskningen peger på, at de sundhedsprofessionelles kompetencer til at håndtere de komplekse problemstillinger som patienter med lavere socioøkonomisk status ofte har, er en vigtig komponent i at begrænse den sociale ulighed i mødet med sundhedsvæsenet. Og flere sundhedsprofessionelle oplever ikke at være rustede til at håndtere disse problemstillinger (Sundhedsstyrelsen 2022A).

Den lægelige videreuddannelse kan blandt andet imødekomme denne udfordring ved at fremtidige læger får større indsigt i, hvordan deres patients sundhedskompetence indvirker på parametre som sygdomsforståelse, kommunikation, egenomsorg og navigation i sundhedsvæsenet. Denne viden kan integreres i og forbedre interaktionen mellem læger og patienter, ligesom i samarbejdet med øvrige sundhedsprofessionelle, foruden lægen vil kunne hjælpe patienterne med at videreudvikle deres sundhedskompetence.

For når patienter føler sig set og forstået af den sundhedsprofessionelle og mødes ligeværdigt styrkes deres relation, der opbygges tillid og der opnås potentielt en bedre behandlingscompliance. Udenlandske interventionsstudier har vist, at læger og medicinstuderende kan uddannes i forståelsen og betydningen af patients sundhedskompetence, hvilket blandt andet har resulteret i øget brug af hensigtsmæssige mundtlige kommunikationsstrategier og at lægerne bliver bedre til at identificere patienter med lav sundhedskompetence (Køberl & Nielsen 2018). Sundhedskompetencen kan opnås ved at den indgår som en generel kompetence i videreuddannelsen, fx i de syv lægeroller.

5.5. Mentalt helbred og psykisk sygdom

Psykiske lidelser og dårligt mentalt helbred udgør et stigende problem for folkesundheden i Danmark. Næsten halvdelen af den danske befolkning vil få en psykisk lidelse i løbet af deres levetid.

Den kraftige stigning i antallet af patienter med psykiske lidelser med behov for behandling og støtte over det seneste årti afspejles i en betydelig aktivitetsstigning i psykiatrien (se afsnit 4.3).

Overdødelighed hos mennesker med psykiske lidelser skyldes blandt andet en højere forekomst af somatiske sygdomme som kræft og hjerte-kar-sygdomme, og her er samarbejdet mellem psykiatrien og somatikken ikke alle steder tilstrækkelig.

De samlede anbefalinger i Sundhedsstyrelsens faglige oplæg til 10-årsplanen på psykiatriområdet er at psykiatrien skal prioriteres, så patienter med psykiske lidelser kan få en sammenhængende, tværfaglig og helhedsorienteret indsats af høj faglig kvalitet (se i øvrigt afsnit 4.2.6).

Den lægelige videreuddannelse kan bidrage til at løse nogle af disse udfordringer. Da de fleste mennesker med psykiske lidelser løbende er i kontakt med andre dele af sundhedsvæsenet, skal sundhedspersonalet generelt have et basalt kendskab til psykiske lidelse. I videreuddannelsen drejer det sig primært om de specialer, hvor lægerne varetager patientbehandling og i særlig grad de specialer, hvor der er hyppig og tæt kontakt med patienter med psykiatriske problemstillinger, fx almen medicin, akutmedicin, neurologi og geriatri samt andre intern medicinske og kirurgiske specialer. Samtidigt er det vigtigt, at uddannelseslæger i de psykiatriske specialer både har og opretholder relevante medicinske kompetencer, der understøtter identificeringen og behandlingen af somatisk sygdom blandt patienter med psykiatriske lidelser.

Fælles uddannelsesindhold og fokuserede ophold på tværs af psykiatri og somatik kan således medvirke til at nedbryde nogle af de barrierer, der er for forebyggelse og behandling af somatisk sygdom hos psykisk syge mennesker, ligesom det kan forbedre 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 særligt udsattes patienters situationer, vil kunne bidrage til at forbedre kvaliteten af den behandling, patienter med både psykiske og somatiske sygdomme modtager.

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

5.6. Primærsektoren

Flere ældre og udviklingen i multisygdom gør, at de alment praktiserende læger og kommunerne får en større opgave med forebyggelse, tidlig opsporing, pleje og behandling af patienter med kroniske sygdomme samt at understøtte behandling tæt på patienten. Udviklingen i behandlingsformer og med kortere sygehusindlæggelser og en større andel ambulant behandling medfører en yderligere forøget aktivitet i det primære sundhedsvæsen, hvor primærsektoren bl.a. som følge af strukturreformen allerede har fået flere og mere komplekse opgaver. .

I et 20-års perspektiv forventes denne udvikling at fortsætte og primærsektoren får således fortsat en central rolle for sundhedsvæsenets fortsatte funktionalitet. En væsentlig udfordring bliver at øge kapacitet, kvalitet og ensartetheden på tværs af landet. De øgede behov for indsatser mod psykisk mistrivsel medfører også ændrede sundhedsopgaver for primærsektoren.

Der er behov for et tæt samarbejde i primærsektoren for at løse opgaverne, ligesom der er behov for et godt samarbejde på tværs af sektorer. Sundhedspersoner i primærsektoren og på sygehuse skal have kompetencerne til at indhente (og give) viden til hinanden.

Centraliseringen og specialiseringen af behandlingen på sygehuse har medført en række politiske tiltag for, at patienter, der ikke har behov for specialiseret behandling, i højere grad behandles

i primær sektor. Visse 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 og sundhedshuse. Det er en udvikling, der er understøttet politisk.

De strukturelle udfordringer for primærsektoren er uensartet lægedækning for almen praksis men også i forhold til øvrige praksisformer, herunder psykologpraksis i nogle områder af Danmark. Udfordringerne betyder, at personer i nogle områder risikerer at stå uden egen læge, og at der i områder af Danmark kan være lang ventetid hos praktiserende speciallæger og psykologer.

Videreuddannelsen af speciallæger i almen medicin bør tilpasses, så den alment praktiserende læge opnår kompetencer, så nye opgaver kan varetages i primærsektoren. Derudover bør alle speciallæger have indsigt i hvordan sundhedssystemet er opbygget, hvor der kan hentes viden og hvordan viden bedst formidles samt hvordan et samarbejde mellem sektorerne og forskellige type af speciallæger bedst etableres til gavn for patienterne.

5.7. 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 som fx arbejdstider og kollegialitet/sparringsmuligheder mv. har større betydning i dag end tidligere. Hvor karrierevejen tidligere typisk var lineær fra speciallægeanerkendelse til "slutstilling" på en afdeling/ i egen praksis indtil pension, må det forventes, at flere læger i fremtiden vil ønske at have dynamiske arbejdsliv delt op i arbejdsfaser afbrudt af uddannelses- og læringsfaser og med skift af faglige områder.

Karrieremuligheder og indtægt vil fortsat være motiverende faktorer i fremtiden. Men andre faktorer såsom work-life balance, arbejdsmiljø og faglige udviklingsmuligheder vil spille ind, når lægerne træffer beslutninger om deres arbejdsliv. Internationalt anerkendes det, at udbrændthed (burn-out) og omsorgstræthed (compassion fatigue) er reelle og voksende problemstillinger for at kunne fastholde og rekruttere sundhedspersonale. Covid-19 epidemien understregede behovet for at sundhedspersonale har rammer og kompetencer til at fastholde deres egen sundhed og være robuste (resiliente) (Frenk et al. 2022) (Health First Europe 2022).

Endvidere vil forhold uden for arbejdslivet have en betydning. Det kan fx være om partneren kan få arbejde i samme geografiske område. Det kan mulighederne for være forælder med små børn eller om arbejdet kan forenes med interesser og engagement i civilsamfundet. Det kan også være forpligtelser i forhold til, at kunne passe pårørende eller at lægen selv har sygdom eller funktionsnedsættelser der begrænser arbejdsevnen. Lægerne bliver derudover fagligt mere mobile og mindre "tro" over for deres fagområde og arbejdsplads.

Den lægelige videreuddannelse bør tilpasses den forventede udvikling og i højere grad muliggøre fleksibilitet, så lægerne kan skifte fagligt spor og arbejde og uddanne sig med forskellig hastighed. Det betyder også, at den lægelige videreuddannelse skal give lægerne et fundament af kompetencer, der kan suppleres med yderligere kompetencer inden for et sundhedsfagligt område, og som ligeledes gør et skift til et andet område muligt.

5.8. Den teknologiske og faglige udvikling

Den teknologiske og faglige udvikling accelererer. Medicinsk viden generes i tiltagende større omfang, og formidles hurtigt via digitale medier, ligesom viden forældes tilsvarende hurtigere. Udviklingen skaber 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 giver en betydelig udfordring ved tilrettelæggelsen af videreuddannelsen, da udelukkende tilføjelse af mere specifik viden og flere kompetencer ikke synes at være en farbar vej. Det bliver derimod vigtigt at definere de koncepter og kompetencer, der definerer kernen og fundamentet for et speciale. Speciallæger vil i stigende 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 løbende kan transformere deres viden, ligesom strukturelle forhold skal understøtte det, så fx læger i almen praksis let kan indhente specialistviden fra sygehuset, og sygehuse læger får lettere adgang til ekspertviden fra de højt specialiserede funktioner.

Fremadrettet forventes blandt andet genomisk medicin (genomics) og digitale teknologier (fx apps, sensorer, robotics) at kunne forebygge og forudse et stigende antal sygdomme, og brugen af disse vil blive endnu mere udbredte i behandlingen (NHS 2019). Teknologierne muliggør, at patienten i højere grad kan 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), omstillingsparathed og omstillingsevne. Derudover bør lægerne opnå kompetencer i videreuddannelsen, så lægen har forudsætninger for at agere etisk forsvarligt i de nye dilemmaer, som nye behandlingsmuligheder og teknologier skaber og fungere som "broen" til patienten og være med til at gøre de nye teknologiske udviklinger klinisk relevante.

Den teknologisk udvikling forandrer rammerne for lægernes arbejde. Kendte trends er fx digitalisering af patientjournaler, billedundersøgelser, patientprøver, mulighederne for digitale konsultationer, telemedicin og digitale videokonferencer. Det vil være hensigtsmæssigt, at de forskellige systemer og redskaber er intuitive at anvende for lægerne i praksis; fordi det bør ikke være et mål i videreuddannelsen, at speciallægerne skal lære tekniske kompetencer for at kunne anvende eller udvikle teknologi. Lægerne skal derimod opnå kompetencer, der gør, at de kan inddrage og bruge de nye værktøjer i deres arbejde effektivt og sikkert samt forstå begrænsninger mv.

Informationssamfundet, særligt internettet, har stillet viden til rådighed for patienterne, som tidligere for det meste var forbeholdt lægerne. 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.

5.9. En øget aktivitet uden for det offentlige sygehusvæsen

Der er i øjeblikket en stigende behandlingsaktivitet hos private sundhedsvirksomheder, der står for ca. 1,5 pct af omsætningen i sundhedsvæsenet (Sundhed Danmark 2022). Regionerne køber en række rutineundersøgelser og behandlinger, primært kirurgisk behandling, på private klinikker og speciallægepraksis. Dette drives blandt andet af patientrettigheder og regionale forpligtelser med hensyn til udredning og behandling, som er blevet forstærket i forlængelse af Covid-19 epidemien.

Inden for nogle specialer har der over tid været en bevægelse, hvor flere basale ydelser flyttes fra sygehusvæsenet til praksissektoren.

Da de private klinikker/sygehuse ikke har uddannelsesforpligtelse og da de på nuværende tidspunkt kun i begrænset omfang bidrager til den lægelige videreuddannelse, mindsker det uddannelseskapaleten, også fordi speciallæger flytter deres arbejdstid fra det offentlige sundhedsvæsen til det private sundhedsvæsen.

Der er ligeledes over de sidste tyve år sket en stigning i private sundhedstilbud, som ikke er offentligt-finansieret, hvilket først og fremmest skyldes 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.⁵⁰ Inden for de senere 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, diætister mv.

Det kan være en udfordring for videreuddannelsen, hvis der ikke indgår de arbejdssteder, der gør det muligt at lære de målbeskrevne kompetencemål. Derfor bør det overvejes at inddrage fx flere speciallægepraksis i videreuddannelsen i det omfang aktivitetsudviklingen giver anledning hertil.

⁵⁰ <https://www.forsikringogpension.dk/nyheder/2-15-mio-danskere-har-nu-en-sundhedsforsikring/>

6. anbefalinger

I de foregående kapitler (kapitel 3 og 4) er beskrevet de store ændringer, der for 20 år siden blev indført med blandt andet enhedsmodel for specialer, en kompetencebaseret videreuddannelse og de syv lægeroller, som har været både rigtigt og vigtigt for at skabe fagligt dygtige speciallæger. Videreuddannelsen har understøttet udviklingen af det specialiserede sundhedsvæsen, hvor aktivitet og produktivitet er øget markant i de sidste årtier til gavn for patienter, med væsentlige overlevelsesevinster og forbedringer af blandt andet behandling af kræft- og hjertesygdomme.

Over tid har opgaver og kompetencebehov ændret sig i sundhedsvæsenet. Flere større udfordringer peger på behovet for at justere uddannelsen til speciallæge. Det er blandt andet, at det primære sundhedsvæsen har fået flere og mere komplekse opgaver, udviklingen i befolkning og sygdomsbyrden, samtidig med at der fortsat er betydelig social ulighed i sundhed og hurtig udvikling i viden og nye behandlingsformer (kapitel 5). Videreuddannelsen bør tilpasses så den bidrager så relevant som muligt til at imødekomme patienternes behov i et nyt tyveårigt perspektiv.

Pejlemærkerne for revisionen af videreuddannelse har været; faglighed, fleksibilitet og alsidighed.

Målet med revisionen er, at fremtidige speciallæger skal være fagligt dygtige inden for deres speciale, og mange skal samtidig være alsidige med brede kompetencer, der rækker ind i beslægtede specialer samt besidde basale kliniske kompetencer relateret til det, de fleste patienter har behov for. En anden kritisk kompetence er at kunne arbejde tæt sammen med læger fra andre specialer, andre faggrupper og sektorer. Over et langt arbejdsliv, i en samtid der ændrer opgaverne og betingelserne, skal der være fleksibilitet i rammerne for efter- og videreuddannelse og for den enkelte læges arbejdsliv.

I det følgende beskrives udfordringer, muligheder og anbefalinger inden for de centrale dele af videreuddannelsens rammer i form af formål, indhold, opbygning og styring. Alt indhold i kapitlet har karakter af Sundhedsstyrelsens anbefalinger, hvoraf noget sigter på at ændre elementer i videreuddannelsen og andet på at fastholde hidtidige elementer. Anbefalinger vedrørende ændringer, der har den største principielle karakter, er fremhævet i bokse.

Sammen med revision af kurserne i videreuddannelsen udgør de første seks anbefalingsbokse en samlet pakke, som er afgørende for at realisere de nødvendige forandringer, der skaber større alsidighed og fleksibilitet i speciallægenes kompetenceprofil.

Disse anbefalinger vil kunne realiseres indenfor de nærmeste år. Det vil kræve en indsats af blandt andet regioner, specialebærende lægevidenskabelige selskaber og Sundhedsstyrelsen. Den fulde effekt vil opnås over en længere årrække på grund af videreuddannelsens varighed.

6.1. Den fremtidige speciallægeuddannelses mål

Status

I 2003 blev målet for kompetenceniveauet, som en speciallæge skal besidde efter speciallægeuddannelsen (speciallægekompetence), udvidet og defineret bredere end blot de medicinske ekspertkompetencer. Paradigmet blev, at en speciallæge skulle mestre en flersidig rolle og egen-skaber samt kunne undersøge/behandle 90 pct. af de patienter, der var inden for eget speciale på hovedfunktionsniveau. Dette niveau for speciallægekompetence er imidlertid ikke klart afgrænset,

hvorfor det i dag fremstår utydeligt og uensartet på tværs af specialer, hvilket kompetenceniveau speciallægeuddannelsen retter sig mod.

Udfordringer og muligheder

Den nuværende beskrivelse af kompetenceniveauet for speciallægeanerkendelse er uhensigtsmæssig, da det ikke er tydeligt, hvilke opgaver og kompetencer, der skal omfattes af de enkelte specialer. Endelig er den hidtige kvantificering af at speciallæger skal have kompetencer til at behandle 90 pct af patienterne indenfor eget hovedfunktionsniveau er uhensigtsmæssig og svært operationaliserbar.

Det hidtidige mål for speciallægekompetence vægter varetagelse af opgaver inden for eget speciale højt. For at styrke speciallægens alsidighed og fleksibilitet skal speciallægeuddannelserne fremover også bidrage til, at speciallæger får kompetencer til at håndtere hyppigt forekommende problemstillinger på tværs af flere specialer. Derfor bør den direkte kobling mellem kompetencemålet med speciallægeuddannelsen og hovedfunktionsniveauet ændres.

Anbefaling

Fremadrettet skal der være ét kompetenceniveau for speciallægeanerkendelse, som definerer de nødvendige minimumskompetencer, der kræves for at kunne udføre specialets kerneopgaver og øvrige relevante udrednings og behandlingsopgaver i forbindelse med varetagelsen af eget speciales patienter. Det nye kompetenceniveau indeholder et opgør med et ensidigt fokus på eget speciales opgavevaretagelse. Det skal være et centralt princip for speciallægekompetencerne, at de skal understøtte varetagelsen af patientforløb frem for enkeltstående patientkontakter.

Formålet er, at speciallægen fremadrettet skal kunne varetage specialets kerneopgaver, relevante opgaver i beslægtede specialer samt generalistopgaver foruden basale opgaver med henblik på at understøtte sammenhængende patientforløb og fleksibel opgavevaretagelse.

Opgave	Beskrivelse
Speciales kerneopgaver	Speciallægen kan varetage de fleste lægelige opgaver ifm. de fleste patienter, der behandles inden for specialets område, på hovedfunktionsniveau på sygehus, i speciallægepraksis eller i almen praksis.
Opgaver i beslægtede specialer	Speciallæger kan varetage opgaver i beslægtede specialer, som er hyppige ifm. varetagelsen af eget speciales kerneopgaver. Der er tale om opgaver, som med fordel vil kunne varetages af læger indenfor en gruppe af beslægtede specialer.
Generalistopgaver	Læger kan varetage generelle opgaver, der ikke hører til på specialistniveau, som kan løses dér, hvor patienten er.
Basale opgaver	Lægen lærer under KBU at varetage basale opgaver indenfor bl.a. vurdering, initial behandling, kommunikation, varetagelse af konsultation, udskrivelse og vagtfunktion.

Eksempler på opgaver i beslægtede specialer er:

1. Praktiserende øre-næse-halslæger, der i forbindelse med allergiudredning foretager lungefunktionsundersøgelse med henblik på udredning for astma
2. Læger fra kliniske specialer der selv vurderer standardskanninger indenfor eget område i vagten
3. Samfundsmedicinere, der foretager retslægelige ligsyn

Ved generalistopgaver forstås generelle opgaver, som med fordel kan varetages af læger (ikke nødvendigvis færdiguddannede speciallæger) fra mange specialer.

For de kliniske specialer kan det eksempelvis være:

1. Behandling af patienter med akutte tilstande såsom hyppige infektioner, organisk delir eller obstipation
2. Behandling af patienter med komorbiditet ifa. hyppige kroniske sygdomme såsom KOL eller diabetes
3. Varetagelse af 'den kommunikativt svære samtale'

Det er hensigten, at generalistopgaver skal kunne varetages i et omfang, der muliggør helhedsvurdering, hensigtsmæssig visitation, indledende diagnostik og behandling, men ikke nødvendigvis indebærer varetagelse af hele behandlingsforløbet. Der vil ved både generalist- og opgaver i beslægtede specialer være tale om opgaver, der optræder hyppigt i forbindelse med varetagelse af behandling af eget speciales patienter. Det forudsættes, at kompetencer til varetagelse af basale opgaver (opnået under KBU) og generalistopgaver vedligeholdes og udbygges under og efter speciallægeuddannelsen hvor relevant. Specialernes respektive kerneopgaver vil blive defineret i kommende specialebeskrivelser (se anbefaling 4).

Kompetencer ud over rollen som medicinsk ekspert er helt centrale for fremtidens læger. Det er blandt andet kommunikation, ledelse, samarbejde og forebyggelse. Speciallægekompetencen skal derfor fortsat baseres på de syv lægeroller, og samtidigt skal kompetencerne inden for rådgivning, ledelse, uddannelse og læring i klinisk praksis og koordinering styrkes. Kompetenceprofilen inden for de enkelte specialer vil derfor også skulle tilpasses med afsæt i de moderniserede lægeroller (anbefaling 7).

Speciallægekompetencen til selvstændig varetagelse af behandling af sjældne sygdomme eller særligt specialiserede funktioner inden for specialet skal i udgangspunktet ikke være en del af kompetenceniveauet for speciallægeanerkendelse jf. anbefaling 1, men i stedet ses i sammenhæng med efteruddannelse og faglig profilering efter speciallægeuddannelsen.

1. Kompetenceniveau for speciallægeanerkendelse

Efter afsluttet speciallægeuddannelse skal speciallægerne have kompetencer inden for alle syv lægeroller i et omfang der gør, at de selvstændigt kan varetage hovedparten af:

1. specialets kerneopgaver
2. relevante opgaver i beslægtede specialer
3. kliniske generalistopgaver
4. basale opgaver

Det nye kompetenceniveau implementeres ved gennemgribende revision af alle målbeskrivelser (anbefaling 5) på baggrund af udarbejdede specialebeskrivelser (anbefaling 4), hvori specialets kerneopgaver beskrives.

6.2. Opbygning af den lægelige videreuddannelse

Status

Den lægelige videreuddannelse har siden oprettelsen af myndighedsgodkendte turnus og speciallægeuddannelser i 1935 foregået i forbindelse med det kliniske arbejde i en nationalt styret struktur. I 1990'erne introduceredes stillingsklassifikation, målbeskrivelser og sammenhængende ansættelsesforløb. Siden 2003 har videreuddannelsen bestået af tre forskellige forløb: klinisk basisuddannelse og henholdsvis introduktion- og hoveduddannelse. De enkelte uddannelsesforløb har været opbygget med kliniske ansættelser i sammenhængende ansættelsesforløb i stillinger, der på forhånd var godkendt til det specifikke uddannelseselement. Opbygningen af forløbene har været styret af kompetencemål beskrevet i målbeskrivelser.

Status er, at der i den aktuelle KBU udvikles basale kliniske kompetencer, som ikke i tilstrækkelig grad fastholdes og videreudvikles i introduktions- og hoveduddannelsen, hvor der overvejende er et specialespecifikt fokus.

Udfordringer og muligheder

Udfordringen ved videreuddannelsens opbygning og indhold er, at den primært tilgodeser udviklingen af specialespecifikke kompetencer fremfor udvikling af kliniske generalistkompetencer. Samtidig understøttes kun i begrænset omfang fastholdelse og udvikling af basale og generelle kliniske kompetencer tilegnet i forbindelse med den kliniske basisuddannelse.

Videreuddannelsens indhold

Videreuddannelsen understøtter ikke i tilstrækkelig grad, at speciallæger opnår og vedligeholder en bredere speciallægekompetence til at behandle – blandt andre – de voksende grupper af mennesker med kroniske sygdomme, hvis behandling er kendetegnet ved ikke entydigt at høre til ét speciale. Det skyldes et begrænset fokus på det i målbeskrivelserne, og at mange kliniske enheders organisering og arbejdsdeling har ændret sig i retning af at blive stadig mere specialiserede med indsnævring i de enkelte speciallægers opgaver.

Transition og klinisk basisuddannelse

Næsten alle læger uddannet fra medicinstudierne fortsætter i den kliniske basisuddannelse. Det er samtidigt et vilkår, at overgangen fra den universitetsbaserede læring og rollen som studerende, til læring ved klinisk arbejde og rollen som læge, er udfordrende for mange. Det forventes, at den nyuddannede læge kan fungere i et travlt og komplekst sundhedsvæsen, samarbejde med andre faggrupper, træffe beslutninger og inddrage kompetencer og viden tillært under grunduddannelsen.

En oplevelse af usikkerhed og manglende parathed skal derfor imødegås for, at der skabes et trygt uddannelsesforløb og et kompetencegrundlag for lægernes livslange virke og videreuddannelse. Der er derfor forsat behov for at give nyuddannede medicinske kandidater særlige rammer, uddannelse og læring i klinisk praksis.

Samtidigt kan det konstateres, at opbygning af medicinstudierne, herunder kompetencemål, læringsmetoder, placering og omfang af klinisk træning, varierer om end alle uddanner gode kandidater.

Videreuddannelsens varighed

Varigheden af den lægelige videreuddannelse varierer internationalt mellem lande og afhænger blandt andet af tradition, speciale- og videreuddannelsesstruktur. Variationerne skyldes også, at der er stor forskel på sundhedsvæsenets organisering og arbejdsdeling mellem faggrupper samt rammer for uddannelse. I Danmark er der tradition for, at uddannelseslæger oplever at have en høj grad af selvstændighed i patientbehandlingen.

Det nye kompetenceniveau for speciallægeanerkendelse vil medføre, at speciallægerne skal have flere generalistkompetencer. Samtidigt vil kompetence til varetagelse af mindre hyppige og specialiserede opgaver være en del af efteruddannelsen for visse speciallæger.

Derfor skal kompetencemål, uddannelsesforløb og -længde for alle speciallægeuddannelser revideres og tilpasses.

Der sker naturligt en aflæring over tid, mens ny viden i lægefaget produceres i et stadigt stigende tempo og kræver løbende opdatering. Samtidig ændrer sundhedsvæsenets organisering og speciallægers opgaver sig løbende. Derfor er livslang læring et grundvilkår for alle læger og en forudsætning for velfungerende, sikker og effektiv patientbehandling.

Anbefalinger

Videreuddannelsens indhold

Speciallægerne skal generelt have bedre generalistkompetencer, og mere viden på tværs af somatiske og psykiatriske specialer. Andelen af fælles kompetencemål på tværs af speciallægeuddannelserne vil afhænge af de enkelte specialer og deres kerneopgaver, patientsammensætninger mv. Som et princip skal der være en højere andel af fælles kompetencer mellem speciallægeuddannelserne, hvor det er muligt. Eksempelvis kan kompetence til at forebygge og diagnosticere somatisk sygdom styrkes i de psykiatriske specialer og vice versa som fx indenfor almen medicin, kirurgi og intern medicin.

Videreuddannelsens opbygning

Videreuddannelsen skal fortsat baseres på læring ved klinisk arbejde, under ansættelse i kliniske enheder, i sammenhængende uddannelsesforløb, beskrevet i godkendte uddannelsesprogrammer. Ansættelsesstederne skal understøtte og sikre høj uddannelseskvalitet og klinisk læring under hensyn til patientsikkerhed og effektivitet.

Læring i klinisk arbejde suppleres med selvstudium, kurser, simulationstræning mv., når det er hensigtsmæssigt, fx når det ikke er muligt at tilegne sig kompetencen ved læring i klinisk arbejde, eller når hensyn til patientsikkerhed, læring eller ressourceeffektivitet taler for det.

Det er hensigtsmæssigt fortsat at have tre forskellige forløb:

- klinisk basisuddannelse
- introduktionsforløb (speciallægeuddannelsens trin I)
- hoveduddannelsesforløb (trin II) i et samlet forløb

Introduktionsforløbene giver mulighed for, at uddannelseslægerne kan afprøve et speciales arbejdsområde, og samtidigt kan specialets læger vejlede uddannelseslægen om karieremuligheder.

Moduliseringen af speciallægeuddannelsen i henholdsvis étårige introduktionsforløb og derpå følgende hoveduddannelsesforløb vurderes hensigtsmæssig og anbefales bevaret.

Ansøgning til hoveduddannelsesforløb sker på baggrund af godkendt introduktionsuddannelse. Ansættelse skal fortsat ske via ansøgning af opslåede videreuddannelsesforløb for at skabe et godt match mellem uddannelseslægens kompetencer og de muligheder og behov, der er på uddannelsesstedet.

Transition og klinisk basisuddannelse

2. Klinisk kompetenceprofil for nyuddannede læger og bevarelse af klinisk basisuddannelse

På tværs af medicinstudierne skal nyuddannede læger opnå samme kliniske kompetencer, så de har et fælles udgangspunkt ved start på videreuddannelsen.

Derfor etableres en national standard for nyuddannede lægers kliniske kompetenceprofil for at tydeliggøre, hvilke opgaver lægen forventes at kunne varetage, når de påbegynder den klinisk basisuddannelse.

Den kliniske basisuddannelse anbefales bevaret som et etårigt sammenhængende forløb, ligesom alle nyuddannede læger fortsat skal have ret til at tilmelde sig klinisk basisuddannelse.

Der er behov for, at forudsætningerne er på plads, når lægerne starter på videreuddannelsen, og der skal være en fælles forståelse af de kliniske kompetencer, som kan forventes og skal bygges videre på. Målet er en standard, der er operationel for medicinstudierne; det vil sige for universitetsuddannelsen generelt og for udformningen af medicinstuderendes kliniske træning. Det kan fx være basale kliniske kompetencer vedrørende objektiv undersøgelse, journaloptagelse, livredende førstehjælp, ABCDE-metode og medicinordination. Desuden skal der være erfaring med anvendelse af de syv lægeroller samt systemisk viden om relationen mellem lægers og andres faggruppers opgaver.

Det har i forbindelse med revisionen været overvejet, om den kliniske transitionsfase kunne være bedre placeret i slutningen af grunduddannelsen end med en efterfølgende klinisk basisuddannelse. Det er dog blevet vurderet, at transitionen styrkes bedst igennem udviklingen af en klinisk kompetenceprofil som noget nyt og fastholdelse af klinisk basisuddannelse. Udenlandske lægers adgang til dansk autorisation vil være upåvirket heraf.

Uddannelses- og Forskningsministeriet har sammen med universiteterne ansvaret for indhold og kvalitet i universitetsuddannelsen, hvor de har forpligtigelse til involvering af regioner og andre aftagere (aftagerpaneler). Regionerne har ansvaret for indhold og kvalitet i videreuddannelsen, hvor Sundhedsstyrelsen har det overordnede ansvar for rammerne for videreuddannelsen. Det foreslås at Sundhedsstyrelsen og universiteterne udarbejder en national standard.

Sundhedsstyrelsen vil sammen med Styrelsen for Patientsikkerhed afklare, hvilken tilpasning der er nødvendig af regler og administrativ praksis ved selvstændigt virke med henblik på at understøtte international mobilitet.

Videreuddannelsens varighed

Videreuddannelsen skal understøtte, at de nødvendige, grundlæggende og generelle kompetencer udvikles og fastholdes i løbet af videreuddannelsen. Omdrejningspunktet for videreuddannelsen skal generelt være de hyppige patientforløb indenfor og på tværs af specialer/sectorer, som uddannelseslægerne har mulighed for at blive eksponeret for, i klinisk praksis.

Det forventes, at de seneste års uddannelsesfokus og kulturændring for så vidt angår uddannelsesstruktur, uddannelse og vejledning i klinisk læring, kompetencevurdering mv. gør det muligt at gennemføre videreuddannelsen effektivt. Dog skal der være opmærksomhed på strukturelle barrierer for videreuddannelsens effektivitet inden for nogle specialers område, såsom stigende pres på opgaveløsningen, flytning af opgaver til praksissektor og privathospitaler samt begrænsede speciallægeressourcer i dele af landet.

3. Videreuddannelsens varighed

Varigheden af den lægelige videreuddannelse skal vurderes for alle specialer for at matche det nye kompetenceniveau og understøtte et effektivt uddannelsesforløb, hvor læring sker, når det er relevant.

I principperne for en ny vurdering af specialernes varighed skal inddrages følgende forhold:

- Der skal være sammenhæng mellem uddannelsens varighed, kompetencemål og specialets kerneopgaver
- Der er en hastig udvikling af viden og nye behandlinger, som risikerer at forælde og overflødig gøre kompetencer, som ikke læres tæt på det tidspunkt, hvor de skal anvendes, hvorfor efteruddannelse og livslang læring bør indtænkes i videreuddannelsen
- Det nye kompetenceniveau for speciallægeanerkendelse kan for nogle speciallægeuddannelsers vedkommende medføre ændringer af varigheden
- Længden af de kirurgiske og intern medicinske speciallægeuddannelser blev fastsat ved integrationen af grenspecialerne omkring årtusindeskiftet, mens de senere udviklinger i specialernes kerneopgaver har ikke medført en genvurdering af længden af speciallægeuddannelser, hvorfor det bør ske i forbindelse med revision af målbeskrivelserne

Generelt bør introduktionsforløbet fortsat være 12 måneder af hensyn til at give tilstrækkelig indsigt til at danne grundlag for specialevalg.

Som udgangspunkt skal alle ansættelser i uddannelsesforløb være af minimum seks måneders længde. I særlige tilfælde kan kortere ansættelser – ned til tre måneder med henblik på opnåelse af konkrete kompetencer – være tilstrækkeligt forudsat fuld tid i dagtimer på hverdage.

* For almen medicin dog fortsat seks måneder såfremt den anden ansættelse under den kliniske basisuddannelse har fundet sted i almen praksis.

6.3. Speciale- og målbeskrivelser

Status

Målbeskrivelserne blev indført i 1990'erne som nationalt definerede kompetencemål i speciallægeuddannelserne. De specialebærende selskaber har siden – primært på eget initiativ og som interessearbejde – varetaget udviklingen og opdateringen af de enkelte målbeskrivelser. Sundhedsstyrelsens godkendelser af målbeskrivelserne har haft udgangspunkt i opfyldelsen af de formelle krav. Det har medført, at målbeskrivelserne har udviklet sig uden fast koordinering på tværs af

speciallægeuddannelserne og uden entydig styring af, om kompetenceniveauet og kompetenceprofilen i den enkelte speciallægeuddannelse er hensigtsmæssig og rettet mod relevante opgaver.

Udfordringer og muligheder

De aktuelle specialebeskrivelser, der fremgår af specialevejledningerne, er generelt yderst kortfattede og ofte med næsten identiske formuleringer. Derfor fremstår specialernes særkende, kerneopgaver og opgavefællesskab med andre specialer ufuldstændigt.

En præcis beskrivelse af specialets kerneopgaver er vigtig for, at der i målbeskrivelsen kan fastlægges de kompetencemål, der er nødvendige for varetagelse af specialets arbejde i henhold til det nye kompetenceniveau for speciallægeanerkendelse.

Hidtil har ansvaret for revision af de enkelte målbeskrivelser været overladt til de specialebærende selskaber. Typisk sker det uden inddragelse af andre specialer og direkte involvering af de perspektiver, som patienter og regioner måtte have. Udviklingen af specialernes uddannelser sker isoleret fra hinanden og er med til at forstærke opdeling og faggrænser, hvilket er uensigtsmæssigt, når speciallægeuddannelserne skal kunne indfri ambitionen om det nye kompetenceniveau for fremtidens speciallæger.

Da speciallægeuddannelserne ikke er blevet koordineret på tværs, er fællesindholdet typisk yderst begrænset og ikke beskrevet ensartet, når det er til stede. Sidstnævnte er en barriere for fælles opgavevaretagelse og meritering.

Der er variation i anvendeligheden af målbeskrivelserne. Konkrete og operationelle målbeskrivelser mindsker risikoen for dekobling mellem målbeskrivelsernes intentioner og den aktuelle uddannelsespraksis. I de bedste målbeskrivelser er kompetencemålene konkrete, med rum for den variation, der kan være i mulighederne for læring i klinisk praksis, og med en præcis angivelse af velegnede kompetencevurderingsmetoder.

Anbefaling

Der er behov for en tydelig beskrivelse af specialernes kerneopgaver, for at kunne udarbejde præcise målbeskrivelser for, hvilke kompetencer der skal opnås i den enkelte specialer. I specialebeskrivelsen defineres og afgrænses, hvilke opgaver og dermed også minimumskompetencer, der skal opnås i speciallægeuddannelsen. Det anbefales at Sundhedsstyrelsen får ansvaret for udarbejdelse af en skabelon for specialebeskrivelserne, og dernæst tilrettelægger en proces, hvor specialebærende selskaber og regioner bidrager.

4. Nye nationale specialebeskrivelser

De nuværende beskrivelser af specialer (i specialevejledningerne) er kortfattede og ufuldstændige. Der er behov for en tydeligere definition af hvilke opgaver der unikt løses af de enkelte specialer, og hvilke opgaver der kan løses af flere specialer.

I nye nationale specialebeskrivelser skal specialernes kerneopgaver og fællesopgaver med beslægtede specialer fastlægges. Det er principielt et nyt redskab, der vil definere, hvilke opgaver, speciallægeuddannelsen skal kvalificere lægerne til, og det bliver et centralt udgangspunkt for både specialeplanlægning og målbeskrivelser.

5. Nye målbeskrivelser der styrker fælles kompetencer

Et nyt format og en ny proces for udarbejdelse af målbeskrivelser er centralt for at etablere et nyt kompetenceniveau for speciallægeanerkendelse og skabe flere fælles kompetencer på tværs af specialer.

Målbeskrivelserne skal udarbejdes med henblik på det nye kompetenceniveau for speciallægeanerkendelse, hvorfor der i målbeskrivelsen skal fremgå kompetencer med hensyn til:

- Specialets kerneopgaver, hvor kompetencemålene vil være specialespecifikke
- Relevante behandlingsopgaver i beslægtede specialer, hvor kompetencemålene vil være fælles med ét eller flere andre specialer
- Generelle kliniske opgaver, hvor kompetencemålene vil være fælles med en stor gruppe/alle specialer

Målbeskrivelserne skal indeholde få, konkrete og helt centrale kompetencemål, som skal være operationaliserbare og målbare for uddannelse og kompetencevurdering i kliniske enheder. Kompetencemål og læringsstrategier vælges på baggrund af behovsvurdering.

Der skal angives obligatoriske kompetencevurderingsmetoder og forslag til læringsstrategier. Kursusrækken skal fortsat fremgå af målbeskrivelsen.

Udarbejdelsen af nye specialebeskrivelser og målbeskrivelser må forventes at blive en omfattende opgave for involverede aktører ved første revision. Rammerne for processen består af:

- De nationale specialebeskrivelser udarbejdes før målbeskrivelser.
- Som en del af et nyt paradigme revideres målbeskrivelser af det specialebærende selskab i samarbejde med relevante specialebærende selskaber for beslægtede specialer samt med inddragelse af blandt andet ansættelsessteder/regioner og patientorganisationer. Det skal foregå i en fastlagt proces, som Sundhedsstyrelsen forestår.
- Målbeskrivelsen for den kliniske basisuddannelse revideres i en proces som Sundhedsstyrelsen tilrettelægger, med rådgivning fra det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse, for at inkorporere de ændringer som modernisering af de syv lægeroller giver anledning til.
- Sundhedsstyrelsen definerer med inddragelse af regioner og specialebærende selskaber de grupper af speciallægeuddannelser, hvor der er overlappende og tilgrænsende opgaver med udgangspunkt i patienternes behov.
- Udarbejdelse af specialebeskrivelserne og den første gennemgribende revision af målbeskrivelsen forventes at gøre målbeskrivelserne mindre tidskritiske, hvorefter fremtidige revisionsprocesser vil være af mindre omfang, hvor der eventuelt kan skabes mulighed for mindre justeringer med færre krav til proces og aktørinvolvering.

Figur 21. Illustration af sammenhæng mellem specialebeskrivelse, målbeskrivelse og specialeplan



- Målbeskrivelserne skal justeres ved behov for væsentlige ændringer. Der etableres et paradigme for revision af målbeskrivelserne i faste intervaller. Fx ved at indføre tidsfrister for, hvornår en målbeskrivelse skal vurderes med henblik på revision.

Sundhedsstyrelsen vil sammen med det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse drøfte den mest hensigtsmæssige proces for udarbejdelse af specialebeskrivelser og målbeskrivelser.

Sundhedsstyrelsen godkender fortsat målbeskrivelser og understøtter revisionsprocesserne ved at angive skabeloner for målbeskrivelse og stiller ressourcer til rådighed for selskabernes arbejde i form af blandt andet vejledning, administrativ støtte og pædagogiske ressourcepersoner.

Aktuelt udarbejdes målbeskrivelser, uddannelsesprogrammer, uddannelsesplaner og logbog i forskellige formater, der ikke er integreret. Det skal undersøges, hvordan der kan skabes en digital løsning, som understøtter administration og dokumentation af kompetencer (fra målbeskrivelse over uddannelsesprogram- og plan til logbog). Det skal samtidig undersøges, hvilke omkostninger der vil være ved udvikling og drift af en sådan løsning.

6.4. Uddannelsesfleksibilitet

Status

Mulighederne for at gennemføre uddannelsen til speciallæge fleksibelt og eventuelt skifte til et nyt speciale undervejs i karrieren er afgrænset af de rammer som tillades af blandt andet dimensioneringsplan, blokforløb og øvrige krav til uddannelsens opbygning. Reglerne for den lægelige videreuddannelse er omfattende, blandt andet for at tilgodese forskellige planlægningshensyn og for at sætte en fælles standard for kvalitet og patientsikkerhed. Det begrænser samtidig mulighederne for en meget individuel og lokal tilpasning af uddannelsesforløb.

Udfordringer og muligheder

Nye behandlinger, ændringer i sundhedsvæsenets funktioner og den generelt øgede længde af lægernes arbejdsliv stiller krav om, at læger nemmere kan skifte arbejdsområde eller speciale. Samtidig er der en stigende interesse fra yngre læger for, at kunne arbejde og uddanne sig med forskellig hastighed gennem livet.

Patienter, og samfundet generelt, har en interesse i, at uddannelseslæger under ét har fuldtidsarbejde for at imødekomme behovet for at levere sundhedsydelser. Samtidig er det væsentligt at kunne fastholde læger i faget igennem et langt arbejdsliv, og her kan mulighed for deltid i perioder være et element i en fastholdelsesstrategi. Der er behov for at få en mere systematisk opsamling af viden og erfaring med lægelig videreuddannelse på deltid, herunder betydning for efterfølgende

Figur 22. Illustration af sammenhæng mellem specialebeskrivelse, målbeskrivelse, uddannelsesprogram -og plan



karriereforløb. Helt overordnet er der ikke noget, der taler imod, at man kan blive en dygtig speciallæge på mindre end fuld tid med forholdsmæssig forlængelse af uddannelsen, men der skal ved planlægning af uddannelsesforløbet indtænkes forhold som hensyn til uddannelsesintensitet og betydning for arbejdstilrettelæggelse og behandlingskapacitet.

En udvidelse af de regionale muligheder for at oprette uddannelsesforløb vil potentielt give større fleksibilitet i planlægning og rekruttering samt flere valgmuligheder for kommende uddannelseslæger. Det kan blandt andet være hensigtsmæssigt for at øge den regionale uddannelseskapa- citet.

Omvendt kan en øget brug af ad hoc godkendte uddannelsesstillinger svække værdien af Sundhedsstyrelsens nationale dimensioneringsplan og skabe uensigtsmæssig ubalance på tværs af landet ved at underminere den nationale styring og prioriteringer ved hoveduddannelsesforløb, som også skal tage bredere hensyn. En oplagt risiko er, at store universitetssygehuse med stor uddannelseskapa- citet og stor attraktion, kan vanskeliggøre rekruttering i andre dele af landet og til andre specialer, hvis rammerne for ad hoc godkendelser løsnes.

De nuværende regler sikrer at der er ensartede, fælles rammer for tilrettelæggelse og gennemfø- relse af videreuddannelsen, men de kan opleves som rigide af både uddannelseslæger og uddan- nelsessteder.

Anbefalinger

Videreuddannelsen er som hovedregel en fuldtidsuddannelse. Der skal dog være mulighed for – med arbejdsgivers accept – at gennemføre dele af den lægelige videreuddannelse på deltid for at kunne kombinere denne med anden, faglig relevant aktivitet, eller af særlige personlige forhold (herunder også faglige, helbredsmæssige, familiemæssige eller sociale forhold).

Det skal også – med arbejdsgivers accept – være muligt at kombinere videreuddannelse på nedsat tid med andre fagligt relevante aktiviteter såsom forskning, fagligt arbejde, ud- dannelsesopgaver, ledelsesopgaver eller lederuddannelse.

Kriterierne for vurdering af særlige personlige forhold ved godkendelse af uddannelse på deltid skal moderniseres og tydeliggøres, så der skabes en klar og fælles forståelse af mu- ligheder og begrænsninger ved brug af deltiduddannelse.

Der skal ved aftale om deltid være en uddannelsesfaglig vurdering af de uddannelsesmæs- sige konsekvenser i det konkrete forløb, som sammenholdes med uddannelsesstedets vur- dering af konsekvenserne for den enkelte og for uddannelsesstedet.

Administrationen af reglerne for deltid sker regionalt og på de enkelte arbejdssteder.

Uddannelse skal fortsat finde sted i forud godkendte forløb, og der kan ikke foretages anerken- delse eller meritvurdering af kompetencer opnået gennem ansættelse i stillinger, som ikke indgår i et godkendt uddannelsesforløb. Hermed fastholdes hensynet til en central og virkningsfuld dimen- sionering af uddannelsesforløb fordelt efter geografi og specialer.

Regionerne skal fortsat have mulighed for frit at kunne opslå introduktionsforløb uden et bindende maksimum i det omfang, de kan finde økonomi hertil. Det giver mulighed for, at flere uddannelseslæger kan opnå kompetencer i uddannelsesstillinger, som dermed også kan meriteres. Siden 2021 har der været mulighed for, at ubesatte hoveduddannelsesforløb i den enkelte videreuddannelsesregion kan konverteres til uddannelsesforløb i andre speci- aler (såkaldte fleksforløb). Det fastsættes i dimensioneringsplanen, hvor stor en andel af den samlede dimensionering, fleksforløb kan udgøre.

Ved specialeskift skal der i større udstrækning være mulighed for meritering for allerede gennemførte uddannelseselementer og opnåede kompetencer. Fremover vil målbeskrivelserne i højere grad indeholder fælleskompetencer, der kan meriteres. Derudover skal det være muligt at oprette individuelle forløb, som ved erstatningsansættelse, når en større andel af tidligere speciale kan meriteres. Det vil være relevant for den mindre gruppe af færdiguddannede speciallæger, for hvem det er afgørende at få formel anerkendelse af et yderligere speciale. Muligheden kan være med til at fastholde en speciallæge i lægearbejde. Ved at give regionerne mulighed for at etablere disse få forløb – som ved øvrige typer erstatningsansættelser – kan det ske fleksibelt udenfor dimensioneringsplanen og uden krav om opslag.

En øvre ramme for merit fra et færdiggjort speciale til et nyt speciale vil være defineret af EU-reglerne om, at højst 50 procent kan anerkendes ved skifte til andet speciale.

Der gives forsat mulighed for merit ved skift mellem speciallægeuddannelser, således at kompetencer opnået som del af et godkendt uddannelsesforløb, kan overføres og evt. forkorte et uddannelsesforløb i et andet speciale. Merit giver ikke uddannelseslægen en særlig adgang til nyt introduktions- eller hoveduddannelsesforløb, der skal besættes som vanligt.

Hensyn til effektiv læring i sammenhængende forløb og uddannelseskvalitet begrundet fastholdelse af to-stedskrav, krav om sammenhængende forløb af minimum seks måneder, to ansættelser af mindst 12 måneders varighed, og ophold på afdelinger med henholdsvis hovedfunktion og højt specialiseret funktion (se evt. afsnit. 3.2).

6. Fleksibilitet og merit

Rammerne for at oprette og gennemføre videreuddannelsesforløb skal give mulighed for nytænkning og effektiv kapacitetsudnyttelse.

For at styrke uddannelsesfleksibilitet og udnytte uddannelseskapacitet fastholdes regionernes mulighed for frit at oprette introduktionsforløb uden et bindende maksimum.

Samtidig gives fortsat mulighed for at anvende fleksforløb indenfor en i dimensioneringsplanen nærmere angiven ramme.

Endelig gives mulighed for en mere udstrakt brug af ad hoc godkendte individuelle uddannelsesforløb for speciallæger, der ønsker ny yderligere specialeanerkendelse. Regionalt skal kunne oprettes individuelle forløb, når en større andel af tidligere speciale kan meriteres. Det skal gøres muligt inden for rammerne af ad hoc godkendelse/erstatningsansættelse således, at disse uddannelsesforløb ikke indgår i dimensionering og ikke skal opslås. Sundhedsstyrelsen er ansvarlig for at tilpasse gældende regler.

6.5. Lægeroller

Status

De syv lægeroller blev indført for tyve år siden for at tydeliggøre, hvad lægefagligheden omfatter udover den traditionelle funktion som medicinsk ekspert. Siden har lægerollerne også fungeret som begrebsapparat i den kliniske hverdag samt i det strukturelle fundament for videreuddannelsens målbeskrivelser og inspektorordningen. Beskrivelsen af de syv lægeroller stammer i den nuværende form fra 2013 (Sundhedsstyrelsen 2013A).

Udfordringer og muligheder

For at være relevante skal lægerrollerne fremstå dækkende og tidssvarende. De skal moderniseres og videreudvikles for at afspejle udviklingen i sundhedsvæsenet og forventningerne til lægerne.

En undersøgelse af patienters ønsker til fremtidens lægers kompetencer (se bilag 15) viser blandt andet, at kompetencer som empati, kommunikation, fælles beslutningstagning og samarbejde ønskes styrket. Ligesom det kan være hensigtsmæssigt at sundhedskompetence styrkes og indgår mere formelt i de syv lægeroller.

Specialebærende selskaber oplever, at det kan være vanskeligt at definere, opstille mål for og vurdere komplekse kompetencer⁵¹. I målbeskrivelser og uddannelsesprogrammer kommer der derfor meget naturligt et meget stort fokus på målbare forhold inden for lægerollen som medicinsk ekspert/lægefaglig, mens der savnes opmærksomhed på de øvrige kompetencer og roller.

Anbefalinger

Det vurderes, at lægerrollerne er velegnede til at fastholde opmærksomhed og sprog om det fælles grundlag i de lægefaglige kompetencer på tværs af specialer.

Det nuværende antal af roller vurderes at være hensigtsmæssigt og praktisk, fordi det afbalancerer hensynene på én gang til bredde og fokus i lægers funktioner.

Lægerrollerne skal fortsat være normative og rammesættende for fremtidens læger og for den lærende organisation i sundhedsvæsenet. De syv lægeroller skal derfor indgå i afgrænsningen af anerkendelsen som speciallæge, så det fremover forudsættes, at lægen efter afsluttet hoveduddannelsesforløb har opnået kompetencer der underbygger alle syv lægeroller.

Der skal desuden være en rød tråd i anvendelsen af lægerrollerne allerede fra medicinstudiet og op gennem hele den lægelige videreuddannelse (se også anbefaling 2).

Lægerrollerne moderniseres forud for revision af målbeskrivelserne (anbefaling 5) i en proces som det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse forestår.

Den etablerede praksis med anvendelse af de syv lægeroller som struktur for opbygning af ansøgning og cv ved jobansøgning er blevet en de facto standard, som dog savner formelt ophæng, og ikke er blevet udviklet eller tilpasset. Der er behov for at afklare værdien heraf og afstemme forventninger til en eventuel fortsat anvendelse.

7. Modernisering af de syv lægeroller

De syv lægeroller definerer roller og kompetencer, alle læger skal mestre. Beskrivelsen af lægerrollerne skal moderniseres, så de rummer den udvikling, der er sket og forventes fremadrettet for, at læger og speciallæger kan tilgodese befolkningens behov. En ny definition og beskrivelse af lægerollernes skal ske inden for en ramme, hvor lægerrollerne bibeholdes med hensyn til antal og overordnet struktur med rollernes indbyrdes afhængighed og inddeling på individ-, gruppe- og samfundsniveau af den enkelte rolle.

Forventninger til anvendelsen af de syv lægeroller i forbindelse med jobansøgning o. lign. afklares af regioner og lægelige organisationer.

⁵¹ LVU 1-16: "Målbeskrivelsesarbejdet i specialeselskabernes perspektiv"

6.6. Specialestruktur

6.6.1. Kriterier for specialer

Status

Speciallægekommissionen i 2000 fandt, at et speciales størrelse og omfang, dets specificitet og specialestrukturen i sammenlignelige lande skulle være kriterier for specialer. Siden har der været udtrykt ønske om oprettelse af specialer fra forskellige faglige miljøer, herunder for allergologi, palliativ medicin, retsmedicin og akutmedicin. Oprettelsen af akutmedicin viste, at der skal tages hensyn til mange forhold – faglige, organisatoriske, fagpolitiske – og, at oprettelsen kan have konsekvenser for andre specialer og for sammenhæng og koordinering mellem specialer og i opgavevaretagelsen.

Udfordringer og muligheder

De nuværende kriterier har fokus på indholdet i, og størrelsen af, det lægefaglige specialområde, mens specialets rolle i, og betydning for, løsningen på aktuelle og fremtidige sundhedsbehov ikke er et kriterium. Kriteriet 'specificitet', det vil sige specialets egenart, er væsentligt men også upræcist. Begge disse udfordringer skal adresseres i opdaterede kriterier for specialer.

Anbefaling

Specialekriterierne giver en ramme for beskrivelse af specialer, herunder afgrænsningen af:

1. specialets kerneopgaver
2. den lægelige indsats (lægeydelsen) i specialets arbejde
3. hvilke lægefaglige kernekompetencer, som er nødvendige for at kunne varetage den lægelige indsats/kerneopgaverne,
4. en beskrivelse af det fagligt grundlag for den kliniske aktivitet, der sikrer kvalitet og udvikling af det kliniske arbejde.

I afgrænsningen af specialer kan snitflader og overlap til andre lægevidenskabelige områder beskrives. Der vil derfor også ved vurdering af et speciale blive lagt grundstenen til specialets specialebeskrivelse (anbefaling 4).

8. Nye kriterier for specialer

Specialets betydning for befolkningens sundhedsbehov skal indgå som kriterium for etablering eller bevarelse af specialer.

Konkrete vurderinger af specialer skal fremover ske ud fra følgende kriterier:

- Det lægevidenskabelige område udgør en tydelig og fagligt afgrænset enhed
- Området skal have en vis størrelse med hensyn til (potentielle) speciallæger og patienter/forløb mv., således at der kan forudsættes aktivitet i hele landet og at den faglige udvikling og forskning kan varetages
- Området understøtter løsningen af befolkningens og patienternes behov for sundhedsydelser
- Området findes som speciale i sammenlignelige lande

6.6.2. Den samlede specialestruktur I Status

Ved 2003-studieordningen blev den tidligere grenspecialestruktur nedlagt, og specialestrukturen baseredes derefter på ét niveau for speciallægeanerkendelse og et princip om 'få og brede specialer'. De enkelte specialer blev placeret i enhedsmodellen (se ordliste) fraset de intern medicinske specialer og de tidligere kirurgiske grenspecialer, som blev placeret i to nye funktionsmodeller (se ordliste). Tidligere grenspecialer, der ikke blev videreført som grundspecialer, blev placeret som faglige områder (se afsnit 2.3 Udvikling i den lægelige videreuddannelse).

Specialestrukturen har vist sig at være stabil, og kun to nye specialer er siden indført. Balancen i strukturen er dog på flere områder blevet tiltagende udfordret. Den specialisering, som strukturen skulle give mulighed for, har u hensigtsmæssige sideeffekter i sundhedsvæsenet samt for lægernes generalistkompetencer og muligheder for opgavefællesskab. Enhedsmodellen har gjort uddannelserne til siloer, hvor de fælles kompetencer og opgaver er blevet nedprioriteret i en u hensigtsmæssig grad. Den intern medicinske funktionsmodels 'common trunk' er tiltagende blevet undermineret af de mange faktorer, der driver specialiseringen, og den kirurgiske funktionsmodels fællesskab, er reelt kun en kursusrække.

Udfordringer og muligheder

Der er aktuelt 39 lægelige specialer i Danmark. Ni grundspecialer under den intern medicinske funktionsmodel, fem grundspecialer under den kirurgiske funktionsmodel, fire kirurgiske specialer under enhedsmodellen og 21 øvrige specialer under enhedsmodellen. Princippet om få og brede specialer er ikke udmøntet konsekvent, og der er en række små og fagligt smalle specialer med få arbejdende speciallæger.

Lægeroller og arbejdsopgaver i sundhedsvæsenet, herunder varetagelsen af de ældre medicinske patienter, psykiatriske lidelser og generelle kliniske lægeopgaver, tilsiger generelt et større kompetencefællesskab og dermed mere fælles uddannelsesindhold i speciallægeuddannelserne, end der er aktuelt. Derudover har en lang række specialer et organspecifikt omdrejningspunkt, hvilket udfordrer fokus på varetagelse af forløb og samarbejde på tværs af specialer.

Trods disse udfordringer vurderes den nuværende struktur med ét niveau for speciallægeanerkendelse generelt at være fleksibelt og hensigtsmæssigt, når mange hensyn skal forenes.

Anbefaling

Specialestrukturen skal i sin nuværende udformning fastholdes med ét niveau – grundspecialet – for speciallægeanerkendelse. Generelt overskygger ulemper og afledte effekter ved oprettelse af nye specialer fordelene, hvorfor der skal udvises stor tilbageholdenhed med oprettelse af nye specialer i overensstemmelse med et overordnet princip om, at antallet af speciallægeuddannelser fastholdes på det nuværende niveau, og at få og brede specialer er mest hensigtsmæssigt.

I forbindelse med revisionen er specialestrukturen og sammenhæng mellem specialer afdækket med henblik på vurdering af behov for eventuelle ændringer i udvalgte speciallægeuddannelser; det gælder for 1) laboratoriemedicinske specialer, 2) patologi og retsmedicin, 3) billeddiagnostiske specialer samt 4) samfundsmedicin og arbejdsmedicin. Konklusionerne er opsummeret nedenfor (og yderligere beskrevet i bilagsrapporten), og nedenfor fremgår anbefalingerne der følger.

Ligeledes gives nedenfor anbefalinger vedrørende yderligere to forslag til nye specialer, palliativ medicin og allergologi, der har været behandlet som led i revisionen.

Laboratoriemedicinske specialer

Fællesområder og specialestruktur er afdækket for de laboratoriemedicinske specialers vedkommende; det vil sige specialerne: klinisk biokemi, klinisk immunologi, klinisk mikrobiologi, klinisk genetik og patologisk anatomi og cytologi (se bilag 21).

For klinisk biokemi, klinisk immunologi og klinisk mikrobiologi er den samlede vurdering, at opdelingen i den nuværende enhedsmodel er uhensigtsmæssig. Det er små specialer, hvor opgavevaretagelsen er knyttet til laboratoriedrift. Produktion og analysevirksomhed varetages typisk af andre faggrupper, mens lægeydelsen i højere grad er relateret til rådgivning. Det er vurderingen, at en uændret struktur ikke vil imødekomme behovet for laboratoriemedicinske generalistkompetencer. Den nuværende organisering på området med ét speciale og én afdeling har betydelige svagheder, som blev udstillet under Covid-19 epidemien, og en større sammenhæng via fællesmængde i speciallægeuddannelsen vil kunne danne grundlag for en organisatorisk dynamik på området.

Det er vurderingen, at et markant øget fællesindhold for klinisk biokemi, klinisk immunologi og klinisk mikrobiologi, hvor den lægelige indsats og de lægefaglige kernekompetencer i dag har større overlap end tidligere, og hvor den organisatoriske udvikling ikke understøttes af den nuværende specialestruktur.

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

Der er behov for flere laboratoriemedicinske generalistkompetencer og en styrkelse af den lægefaglige rådgivningsydelse.

Der skal oprettes en funktionsmodel for Klinisk biokemi, Klinisk immunologi og Klinisk mikrobiologi med fælles adgangsgivende introduktionsstillinger og fælles uddannelsesindhold/kompetencemål i introduktionsforløb, hoveduddannelsesforløb og fælles kurser.

Funktionsmodellen skal danne grundlag for laboratoriemedicinske generalistkompetencer såsom evidensbaseret anvendelse af laboratoriemedicin, viden og analyseprincipper og metodeudvikling, laboratorieledelse og kvalitetssikring.

Patologi og Retsmedicin

Afdækningen af fællesområder og specialestruktur for Patologisk anatomi og cytologi og Retsmedicin viser, at specialernes opgavevaretagelse har bevæget sig i forskellige retninger, og der vurderes ikke at være grundlag for en ændring af specialestrukturen (se bilag 22).

En række afdækkede forhold skal inddrages ved udarbejdelse af specialebeskrivelser og målbeskrivelser for de to specialer. Således udgør hospitalsobduktioner en yderst begrænset aktivitet på patologiafdelingerne. Det skal derfor vurderes, om det fortsat skal være en kerneopgave for specialet. Længden, indholdet og kravene til uddannelse for retsmedicinske uddannelseslæger på patologiafdelinger skal vurderes, så den bedst muligt understøtter kompetencemålene for retsmedicinske speciallæger. De retsmedicinske speciallæger varetager flere opgaver ved klinisk retsmedicin end tidligere, og disse funktioner skal gennemgås i en tværfaglig proces med relevante kliniske specialer herunder Gynækologi og Obstetrik og Pædiatri med hensyn til ansvar og samarbejde.

Billeddiagnostiske specialer

De afdækkede fællesområder og specialestruktur for billeddiagnostiske specialer – Radiologi og Klinisk Fysiologi og Nuklearmedicin – har ført frem til, at der vurderes ikke at være grundlag for en ændring af specialestrukturen (se bilag 23).

Der er potentiale for fælles uddannelsesindhold for så vidt angår brug af udstyr, der indgår i begge specialers arbejde, teoretisk og praktisk viden om strålebeskyttelse, kompetencer til brug af billedarkiverings- og kommunikationssystemer, kvalitetssikring og viden om kunstig intelligens skal inddrages ved udarbejdelse af specialebeskrivelser og målbeskrivelser. Derudover har speciallægerne i de to specialer en enslydende lægerolle ved beskrivelse af ikke-tekniske områder, fx med hensyn til kommunikations- og samarbejdskompetencer ved MDT-samarbejde og kompetencer vedrørende information til patienter om forløb af undersøgelser og risici.

Samfundsmedicin og Arbejdsmedicin

Afdækningen af fællesområder og specialestruktur for Samfundsmedicin og Arbejdsmedicin giver ikke grundlag for at anbefale en større samordning af de to specialer (se bilag 24).

Imidlertid er der enighed om, at specialet Arbejdsmedicin skal moderniseres inden for den nuværende ramme med en styrkelse af den miljømedicinske profil, herunder med et navneskifte til Arbejds- og miljømedicin.

For så vidt angår samfundsmedicin har det ikke været muligt at opnå enighed om specialets udfordringer og konsekvenser af forskellige modeller for modernisering af specialet endsige retningen for en modernisering. Sundhedsstyrelsen har vurderet, at en central udfordring for specialet er, at hverken målbeskrivelse eller uddannelsesforløb understøtter en stærk varetagelse af kliniske opgaver eller lægelige opgaver i styrelser. De samfundsmedicinske repræsentanter har fundet, at en af specialets styrker er, at kompetencerne kan appliceres bredt, alsidigt og fleksibelt.

Et mål med modernisering af specialet skal være, at det tydeligere fremgår for de uddannelsessøgende læger, hvilken uddannelse de får, og hvad den giver mulighed for, herunder hvad specialets kerneopgaver er, og hvad speciallægerne kan profilere sig inden for.

Det må forventes, at de forskellige vurderinger af Samfundsmedicin også vil gøre sig gældende i forbindelse med udarbejdelsen af den nationale specialebeskrivelse. Det anbefales derfor, at dette arbejde starter med yderligere afdækning af aftagerbehov.

Palliativ medicin

Det er blevet vurderet, om Palliativ Medicin skulle oprettes som et selvstændigt lægeligt speciale (se bilag 20).

Det er fundet, at de lægefaglige kerneopgaver, lægeydelsen og kernekompetencer indeholder et betydeligt overlap med en række kliniske specialer, herunder de intern medicinske specialer og Klinisk onkologi. Endvidere vil en række kernekompetencer i et speciale i Palliativ medicin være kompetencer, som i høj grad skal være tilstede hos alle læger, der hyppigt varetager behandling af patienter med palliative behov, herunder behandling i tidlig palliativ fase, forståelse af symptomer og udredning og behandling af disse hos patienter med fremskreden kræft, vurdering af behov og behandling og behandling af hyppig komorbiditet mv.

Derudover er der palliative indsatser, der kan være relevante på forskellige tidspunkter i en patients liv og i et behandlingsforløb. Derfor har området ikke har en entydig forløbsafgrænsning. Palliativ medicin har heller ikke en organspecifik eller teknisk afgrænsning, hvilket også vanskeliggør adskillelsen fra og snitflader til andre specialer.

Der er ikke fundet grundlag for at anbefale en oprettelse af et speciale i Palliativ medicin. Det er samtidig vurderet, at en oprettelse vil gå imod revisionens mål om alsidighed og fleksibilitet samt princippet om fastholdelse af det nuværende niveau for specialer. Der kan profiteres på fagområdestrukturens fordele med hensyn til tværfaglighed og rekruttering af erfarne kliniske læger.

Allergologi

Det er blevet vurderet, om Allergologi skulle oprettes som et selvstændigt lægeligt speciale (se bilag 20).

Det er fundet, at området vanskeligt afgrænses fra andre specialers område, herunder at udredning og behandling af allergologiske sygdomme varetages af en lang række specialer i den primær sektor og i sygehusvæsenet, at lægeydelsen ved den specialiserede allergologiske udredning ikke adskiller sig fra lægeydelsen på lavere niveau, og at uddannelse i allergologiske sygdomme indgår i forskelligt omfang i en række speciallægeuddannelser.

Det er på den baggrund vurderet, at allergologien er et oplagt fagområde, da det allergologiske område varetages af en lang række specialer i primær sektor og i sygehusvæsenet, og da lægeydelsen ved den specialiserede allergologiske udredning ikke i sin natur adskiller sig fra lægeydelsen i forbindelse med allergologisk udredning i disse andre specialer. Der er derfor heller ikke grundlag for at anbefale en oprettelse af et speciale i Allergologi.

6.6.3. Intern medicin

Status

Specialestrukturen for intern medicin har siden 2003 været baseret på en funktionsmodel indeholdende en 'common trunk'. Formålet var at give uddannelseslægerne en bred intern medicinsk fællesuddannelse suppleret med en specialespecifik uddannelse. Et centralt formål var, at alle intern medicinske speciallæger skulle kunne varetage det intern medicinske akutte beredskab på de funktionsbærende enheder. Den demografiske udvikling, den organisatoriske udvikling med oprettelse af fælles akutafdelinger, et årelangt fokus på specialiseret hospitalsbehandling og en ændret opgavevaretagelse i retning af øget specialespecifik ambulant behandling, har imidlertid udfordret funktionsmodellen for intern medicin i dag.

Udfordringer og muligheder

Den intern medicinske funktionsmodel har store udfordringer, og den understøtter, i sin nuværende form og udmøntning, ikke behovet for speciallæger, der kan varetage intern medicinske generalistopgaver.

Den demografisk udvikling, sygdomsbyrdeprofilen hos indlagte patienter, kortere indlæggelser og behovet for sammenhæng mellem primær og sekundær sektor medfører samlet et stort behov for, at speciallægerne kan varetage en større del af patienternes hyppige problemstillinger. Det vil kunne give forløb med færre tilsyn, henvisninger og unødige overgange mellem enheder og sektorer.

Behovet er ikke nyt, og ønsket om intern medicinske speciallæger med stærke generalistkompetencer er gammelt. Det må imidlertid erkendes, at ambitionen med 'common trunk' fra Speciallægekommissionen i 2000 ikke er indfriet, og at de intern medicinske specialer med få undtagelser,

herunder geriatri, har rykket balancen i uddannelserne og i specialernes arbejde og fokus mod det specialespecifikke. Interessen og kulturen omkring varetagelsen af den bredde intern medicinske opgave er generelt fortrængt i specialerne. Det har særligt været tydeligt i akutmodtagelserne, hvor de intern medicinske specialer generelt har været savnet samtidigt med, at flere af specialerne har trukket i retning af egne akutmodtagelser.

Andre forslag end styrkelsen af funktionsmodellen har været overvejet, herunder genetablering af et grundspeciale i intern medicin eller et grundspeciale i hospitalsmedicin. Det er dog vurderingen, at kun den foreslåede modernisering af funktionsmodellen forener de forskellige hensyn og afbalancerer fordele og ulemper (se bilag 19).

Anbefalinger

10. Modernisering af funktionsmodellen i intern medicin

Funktionsmodellen for intern medicin skal moderniseres med en markant styrkelse af fællesindholdet via specialebeskrivelser og målbeskrivelser. Alle nuværende specialer skal fortsat indgå i funktionsmodellen.

En moderniseret model skal udvikles på basis af:

- En afgrænsning af hvad der er fælles intern medicinske opgaver og hvad der er specialespecifikke opgaver på baggrund af aktuelle og forventede behandlingsbehov hos patienterne, med særlig fokus på varetagelse af behandling af patienter med flere samtidige medicinske sygdomme
- En organisering og vejledningsstruktur, der understøtter, at de intern medicinske generalistkompetencer trænes sideløbende i hele speciallægeuddannelsen og bygger bro til målet om vedligeholdelse af kompetencerne efter speciallægeuddannelsen. Det anbefales derfor at speciallægeuddannelsen starter og slutter på enhed, hvor uddannelseslægen kan varetage brede intern medicinske opgaver
- At speciallægeuddannelserne bør indeholde ophold af tilstrækkelig varighed på sygehus med akutmodtagelse til at opnå kompetencer indenfor behandling af akutte medicinske patienter

6.6.4. Det kirurgiske område Status

Det kirurgiske område har gennemgået en tiltagende specialisering over tid. Nye behandlingsmuligheder og et ønske om centralisering og specialisering af behandlingen af en række sygdomme har drevet den udvikling. Plastikkirurgi, Thoraxkirurgi og Kirurgisk Gastroenterologi opstod i efterkrigstiden, og i 1982 blev de placeret som grenspecialer til Kirurgi sammen med Urologi og Karkirurgi. I 2003 blev grenspecialestrukturen nedlagt og den nuværende specialestruktur blev etableret med en funktionsmodel for fem grundspecialer.⁵² Funktionsmodellen blev hurtigt udfordret af en organisatorisk og en faglig udvikling, og allerede i 2008 måtte den fælles kirurgiske introduktionsstilling opgives.

Den fælles uddannelse mellem de kirurgiske specialer er over tid reduceret til et fælles kursusindhold i hoveduddannelsen. Samtidigt har den faglige udvikling betydet, at kirurgiske specialer deler nye teknikker, og at ikke-kirurgiske specialer i dag varetager samme teknikker og opgaver som kirurgiske specialer på en række områder. Denne udvikling har medført gode samarbejder, som det er set på det kardiovaskulære område med endovaskulære teknikker, der deles mellem kirurgiske,

⁵² Kirurgi, Karkirurgi, Thoraxkirurgi, Plastikkirurgi, Urologi

radiologiske og medicinske læger. Udviklingen har dog også været præget af faglige uenigheder, der har stået i vejen for en hensigtsmæssig brug af lægelige ressourcer, som det fx er sket på det brystkirurgiske område.

Udfordringer og muligheder

Det kirurgiske område består af større specialer såsom kirurgi og ortopædkirurgi, og mindre specialer såsom plastikkirurgi og neurokirurgi. Mens de mindre specialers arbejde generelt er samlet på få sygehuse, og opgaverne er fokuseret på bestemte sygdomme/patientgrupper med en betydelig mængde specialiseret behandling er de større specialer repræsenteret på flere sygehuse og varetager uselekeret kirurgisk arbejde. Det kirurgiske område er præget af udtalt faglig profilering. Samtidigt har de kirurgiske patienter flere og samtidige sygdomme. Basale og hyppige operationer flyttes ud af de offentlige sygehuse til speciallægepraksis og andre private aktører. Samtidigt sker en selektering på nogle områder, hvor patienter med lavest sygdomsbyrde opereres af private aktører.

Udfordringen er, at behandlingskompleksiteten øges, og at det i høj grad er ældre multisyge patienter med kirurgiske problemstillinger, der opereres af specialerne på de offentlige sygehuse samtidigt med, at der har været en tendens til tab af kompetencer og tradition blandt de kirurgiske læger for at varetage patienternes samtidige medicinske problemstillinger. Konkret vil der, særligt indenfor de større kirurgiske specialer, afhængigt af sygdomsprofilen/komorbiditetsbyrde hos specialets kernepatienter, være behov for en styrkelse af generalistkompetencer til at varetage behandling af hyppige medicinske sygdomme hos egne patienter, systemisk viden, sundhedskompetence, tværsektorielt samarbejde o. lign. i større omfang end nu.

At det var de fem kirurgiske specialer, der blev indlejret i en funktionsmodel, skyldes den tidligere grenspecialestruktur fra 1982, hvorfor det sparsomme fælles uddannelsesindhold primært omhandler opnåelse af kirurgiske kompetencer. Et aktuelt opgave- og metodefællesskab på en række områder mellem kirurgiske specialer og mellem kirurgiske og ikke-kirurgiske specialer understøttes ikke i tilstrækkelig grad af fælles kompetenceopbygning via målbeskrivelser og/eller kursusrækker. Der er identificeret flere eksempler på opgavefællesskaber, som kan lægges til grund for fællesuddannelsesindhold.

Flere kirurgiske specialers opgaver er centreret om kræftbehandling. Den grundlæggende metode til kræftudredning, og -behandling, det multidisciplinære samarbejde samt opfølgning-, rehabilitering- og palliation kunne indgå som et modul på tværs af speciallægeuddannelser. Fællesskab omkring de endovaskulære metoder kunne udgøre et element i speciallægeuddannelserne for karkirurgi, thoraxkirurgi, intern medicin: kardiologi og radiologi. Fællesskabet om medicinsk behandling af ældre multisyge patienter kunne indgå i en række kirurgiske specialer, hvor patientgrupperne typisk er ældre multisyge.

En fælles kompetenceopbygning vil – kombineret med organisatoriske og ledelsesmæssige tiltag – medvirke til mere fleksibel opgavevaretagelse og bedre samarbejde samt mindske uhensigtsmæssige metode- og opgaveprotektionisme.

Anbefalinger

11. Flere fælles kompetencer i de kirurgiske speciallægeuddannelser

Behandlingskompleksiteten på de offentlige sygehuse øges og nogle basale indgreb varetages privat. Der er utilstrækkelige kompetencer til at varetage blandt andet ældre multisyge patienter med kirurgiske problemstillinger.

Det er et mål, at skabe en større fælles uddannelsesmængde mellem de kirurgiske specialer, herunder at den fælles uddannelsesmængde inddrager alle lægeroller og både kirurgiske og ikke-kirurgiske områder. Målet om flere generalistkompetencer, herunder til behandling af hyppige medicinske sygdomme hos de patienter, specialet varetager behandling af, skal ses som en overbygning på den kliniske basisuddannelse, som udfoldes i løbet af introduktions- og hoveduddannelsen og ikke som en delmængde af en intern medicinsk speciallægeuddannelse.

Derfor igangsættes en afdækning af opgavefællesskaber mellem de kirurgiske specialer samt fællesskaber med andre specialer. Her skal det blandt andet afklares, hvor der anvendes samme teknikker/procedurer, og den historiske og forventede fremtidige operative aktivitetsudvikling inddrages.

Afdækningen skal indgå som grundlag for:

- Forslag til fremtidige modeller for sammenhæng mellem speciallægeuddannelserne, herunder en styrkelse af generalistkompetencer både mellem de kirurgiske specialer og øvrige specialer.
- Modellerne skal være indenfor den nuværende specialestruktur, hvor der fastholdes ét niveau – grundspecialet - for speciallægeanerkendelse
- Nye specialebeskrivelser og målbeskrivelser for de fremtidige speciallægeuddannelser inden for de kirurgiske specialer.

6.6.5. Akutmedicin

Status

Samlingen af sygehusenes akutte funktioner i de fælles akutmodtagelser og indførelsen af paradigmet 'speciallægen i front' har gennem de sidste 10-15 år medført store organisatoriske ændringer og nye kompetencebehov. Fagområdet i akutmedicin blev etableret i 2008, og efter års udfordringer med bemanning, arbejdsmiljø og robusthed i de fælles akutmodtagelser blev specialet akutmedicin oprettet i 2018. Oprettelsen af specialet akutmedicin skete på baggrund af flere års drøftelser, og der var ved oprettelsen uenighed om beslutningen i faglige miljøer, herunder om den faglige retning for specialet og snitflader til andre specialer, særligt kardiologi og anæstesi.

Udfordringer og muligheder

Der er forsat udfordringer i tilknytning til akutmodtagelserne og specialet akutmedicin særligt af organisatorisk karakter; det gælder mærkbart rekrutteringen og fastholdelsen af læger. Flere akutmodtagelser fremstår ikke robuste, og arbejdsmiljøet og behandlingskvaliteten er nogle steder udfordret, hvilket kan være problematisk for hele sygehuset, da akutafdelingen har fået en nøglerolle ved viderevisitering og har et meget stort dagligt patient-flow.

Hvor fokus tidligere var på oprettelsen af de fælles akutmodtagelser, er udfordringen nu at skabe sammenhæng mellem akutmodtagelsen og resten af sygehuset, herunder fokus på samarbejde mellem specialer/afdelinger. Det kræver speciallæger, der kan skabe og virke i samarbejde internt på sygehusene på tværs af specialer, og det forudsætter ledelse, der sørger for, at de fælles akutmodtagelser har tæt driftsmæssig tilknytning til resten af sygehuset.

Rekruttering og fastholdelse af speciallæger og uddannelseslæger i akutmedicin er udfordret, og uenigheder om specialets formål og faglige profil, der også var til stede ved oprettelsen af specialet, er stadig en udfordring.

Anbefalinger

Med flere ældre multisyge og forventet etablering af nærhospitaler og styrkede kommunale akutfunktioner, får de fælles akutmodtagelser og akutmedicin en større rolle med henblik på at understøtte sygehusenes samarbejde med primær sektor og kommuner. Speciallægerne skal have mere viden om og kompetencer til at understøtte samarbejde med kommuner og primær sektor. Der er i den forbindelse et potentiale for fællesuddannelse, der understøtter varetagelse af de ældre multisyge patienter med almen medicin og geriatri.

Arbejdet med udfordringerne i det akutmedicinske speciale inddrager også de intern medicinske specialer og andre specialer, der i større omfang skal medvirke til, at ansvaret for ældre medicinske patienters forløb bliver enklere.

12. Det akutmedicinske speciale

Det er en udfordring at skabe robuste akutmodtagelser med sammenhæng til resten af sygehuset. Det kræver blandt andet speciallæger, der kan samarbejde og løse opgaver på tværs af specialer, sektorer og opgaveområder.

Der skal sættes en klar retning for specialet akutmedicin med det formål at styrke de fælles akutmodtagelsers sammenhæng og samarbejde med det øvrige sygehus, primær sektor og kommuner. Det skal ske ved at udarbejde nye speciale- og målbeskrivelser for specialet, hvor der tages højde for:

- Status på implementering af specialet akutmedicin og akutmodtagelsernes organisering
- Tiltag vedrørende rekruttering og fastholdelse af speciallæger og læger under uddannelse i akutmodtagelser
- Fokus på snitflader med øvrige specialer med akutte patienter, herunder intern medicinske og kirurgiske specialer mht. fælles uddannelseselementer ift. fremtidig opgavevaretagelse og samarbejde på tværs
- Et betydeligt uddannelsesmæssigt overlap mellem akutmedicin, geriatri og almen medicin om behandling af akut syge ældre patienter
- Dimensionering af specialet – og eventuelt andre specialer – som konsekvens af forslagene og fremtidigt behov

6.7. Lægelig efteruddannelse

Status

Efteruddannelse i bred forstand må nødvendigvis ses i sammenhæng med og som et supplement til den formaliserede videreuddannelse, der på forskellig vis bidrager til den samlede pulje af kompetencer til rådighed for sundhedsvæsenet.

Speciallægekommision i 2000 anbefalede, at begrebet 'fagområder' skulle anvendes om de daværende grenspecialer og om de uformelle subspecialer, interesseområder og ekspertområder. Det var tiltænkt som en struktur, hvor der skulle være indgang fra forskellige specialer. Kommissionen fandt, at fagområder skulle placeres i en ikke-styret struktur uden anerkendelsesudstedelse

efter uddannelse. Kommissionen anså det som en fleksibel og dynamisk struktur, hvor fagområderne let dannes når der er behov for det og let visner bort, når nødvendigt.. Da specialestrukturen blev ændret ved 2003-studieordningen blev det aftalt, at de Lægevidenskabelige Selskaber godkendte og offentliggjorde fagområder på baggrund af de videnskabelige selskabers udarbejdelse.

Faglige selskaber har i varierende omfang sat rammer for speciallægenes efteruddannelse både via fagområdebeskrivelser og via formaliserede uddannelsesstrukturer udformet af de specialebærende selskaber.

Efteruddannelsen er ikke styret eller kontrolleret af centrale sundhedsmyndigheder, og der er ikke en national formålsbeskrivelse af lægers efteruddannelse på samme måde, som speciallægeuddannelsen rammesættes af speciallægekompetencen.

Udfordringer og muligheder

Et aktuelt og fremtidigt stigende prioriteringsbehov øger behovet for målretning af efteruddannelsen ud fra et samfundsfundshensyn, så læge- og uddannelsesmæssige ressourcer kan bruges optimalt. Samtidigt er der en tendens til, at speciallægers faglige profilering sker på bekostning af kompetencer til varetagelse af specialets kerneopgaver og generalistopgaver, som ikke behøver at være et problem på individniveau men bliver det på grund af tendensen. Denne udvikling er understøttet af de sidste to årtiers fokus på specialisering. Tendensen understøttes yderligere af faglig prestige og fagprofessionelle kulturer, organisatoriske forhold, arbejdstilrettelæggelse og øget specialespecifik ambulant aktivitet.

Det er fundet, at det stigende fokus på specialisering er en udfordring for sundhedsvæsenets robusthed. Det skal imødegås ved at læger ikke blot uddannes til at kunne varetages specialets kerneopgaver og generalistopgaver, men også vedligeholde og udvikle disse kompetencer som en del af den lægelige efteruddannelse. Det vil medvirke til, at fremtidens speciallæger både kan varetage specialets kerneopgaver, opgaver i beslægtede specialer, generalistopgaver og basale opgaver – også i et længere tidsperspektiv – til gavn for patientbehandlingen.. Derfor er der – ud over et kvalitets- og ressourceperspektiv – også et fastholdelsesperspektiv.

Der er et stort og stigende antal fagområder, hvoraf hovedparten kun har adgang fra ét speciale. Fagområdeuddannelserne er beskrevet yderst forskelligt med hensyn til indhold og krav, og der er ikke indtryk af, at antallet udvikler sig efter behov. Speciallægekommissionens ambition for fagområder kan konstateres ikke at være indfriet.

Terminologien, der anvendes om lægelig efteruddannelse er ikke entydig og har medført uklarhed over, hvad de forskellige niveauer og begreber dækker over. Det er væsentligt, at alle speciallæger holder sig fagligt ajour og løbende efteruddanner sig som led i en livslang læringsproces. Det har sundhedsvæsenet brug for af hensyn til kvaliteten af patientbehandlingen og tilpasningen til befolkningens behov og sundhedsvæsenets indretning over tid.

De aftalebestemte rammer for speciallægers efteruddannelse, der er fastsat via en række aftaler, herunder for overenskomster for regionalt ansatte speciallæger, puljestrukturer for alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger giver mulighed for en opprioritering af den lægelige efteruddannelse.

Der er udtalt forskellighed i den lægelige efteruddannelse på tværs af landet og på tværs af specialer. Hovedparten af de videnskabelige selskaber ser kun i begrænset omfang eller slet ikke efteruddannelse som en del af selskabets opgaver. Enkelte selskaber har etableret efteruddannelsesstrukturer parallelt med fagområdestrukturen, herunder med både subspecial- og ekspertuddannelser.

Oprettelse af formaliserede efteruddannelsesstrukturer har været overvejet i forbindelse med revisionen. Der er enighed om, at den nuværende struktur for fagområder er for løs og ikke i tilstrækkelig grad kan bibringe områderne prioritering. Der er også enighed om at en ny struktur for fagområder kan have en væsentlig betydning for at tilvejebringe kompetencer til områder, der ikke ligger entydigt i et speciale. Desuden kan en ny struktur muliggøre karriereveje for speciallæger og opbygning af specialiserede og generalistkompetencer.

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at etableringen af en ny struktur for lægelige ekspertuddannelser med nationale uddannelseskraav, dimensionering og anerkendelsesudstedelse kan øge kompetenceniveauet og mindske regionale forskelle ved varetage af højt specialiserede funktioner inden for en række områder. Derudover vil en ny struktur kunne skabe klarhed over kompetenceniveau og være et redskab til at styre antallet af speciallæger, der går ind i de respektive ekspertområder. Andre aktører har imidlertid ikke fundet en sådan struktur hensigtsmæssig eller begrundet.

Anbefalinger

Formålet med den lægelige efteruddannelse er at fastholde og videreudvikle speciallægers kompetencer, således at sundhedsvæsenet til enhver tid er baseret på høj kvalitet i behandlingen.

13. Efteruddannelse der styrker speciallægekompetencen

Der skal ske et paradigmeskifte i den lægelige efteruddannelse, som tilgodeser, at fremtidens speciallæger skal kunne varetage specialets kerneopgaver, opgaver i beslægtede specialer, generalistopgaver og basale opgaver også i et længere tidsperspektiv. Formålet er at skabe bedre patientbehandling og patientforløb samt bedre brug af sundhedsvæsenets ressourcer.

Faglig profilering inden for specialets opgaver er nødvendig for, at sundhedsvæsenet kan tilbyde højt specialiseret behandling. Efteruddannelsesaktiviteter skal ikke kun omhandle faglig profilering, men også understøtte vedligeholdelse og udvikling af kompetencer, der gør at speciallægen kan varetage hovedparten af specialets kerneopgaver, opgaver i beslægtede specialer og generalistopgaver.

Der er et betydeligt ledelsesmæssigt ansvar samt et kollektivt og individuelt ansvar hos speciallæger for at realisere denne ændring.

Efteruddannelse bør planlægges på baggrund af en analyse/vurdering af speciallægenes behov inden for alle syv lægeroller.

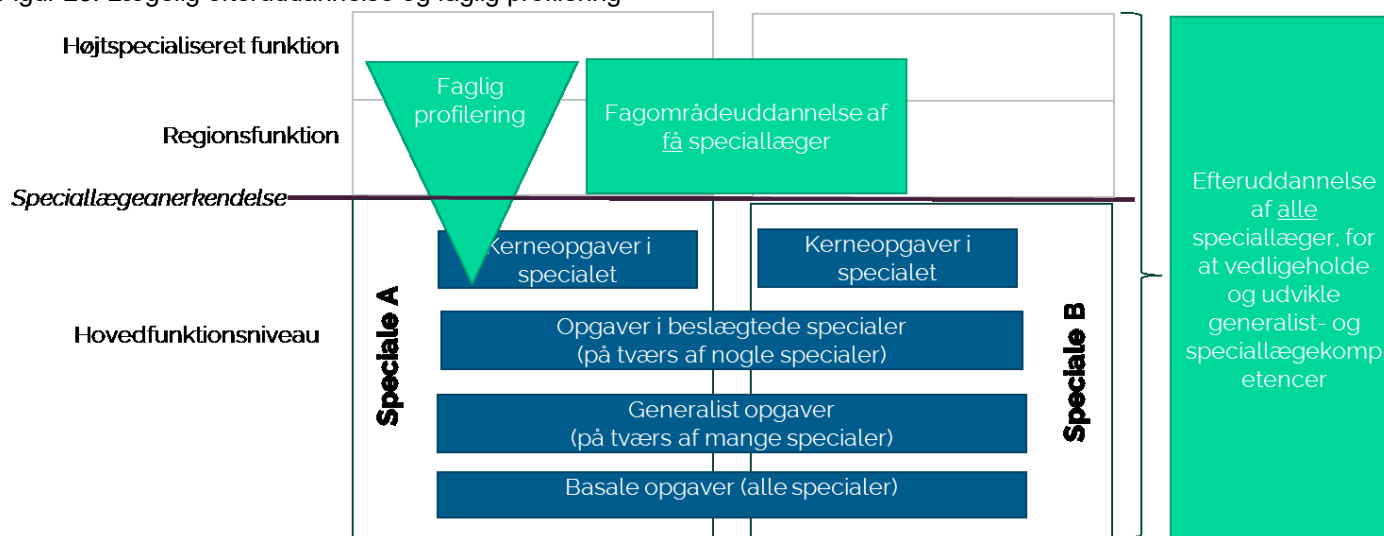
Den lægelige efteruddannelse skal dokumenteres, og det bør tilstræbes, at effekten af efteruddannelsesaktiviteten kan vurderes i klinisk praksis.

Det kan være relevant at foretage kompetencevurdering i forbindelse med nogle typer efteruddannelse.

Efteruddannelsen bør generelt ikke tilrettelægges efter et CME-pointsystem eller med mål om re-certificering e. lign.

I figur 23 illustreres forholdet mellem og niveauet for faglig profilering, efteruddannelse og fagområdeuddannelse (grønne bokse) i forhold til speciallægeuddannelsen. Fagområdeuddannelse kan være fælles for læger fra flere specialer, faglig profilering er specialespecifik og efteruddannelse gælder for alle speciallæger og er relevant på alle niveauer.

Figur 23. Lægelig efteruddannelse og faglig profilering



I figuren illustreres desuden de fire opgavetyper (blå bokse), som skal kunne varetages for at kunne opnå speciallægeanerkendelse.

Faglig profilering

Faglig profilering betegner erhvervelse af kompetencer inden for et speciales opgaveområde, hvad enten det sker gennem en systematisk og formaliseret faglig profilering i et uddannelsesforløb, eller det sker igennem interesse, arbejde, forskning mv. Da der kun eksisterer ét specialeniveau (grundspecialet), er begrebet subspecialisering fravalgt til fordel for 'faglig profilering'. Der er forskellig tradition for graden af faglig profilering indenfor specialer.

Den faglige profilering skal ske med direkte kobling til patienternes behov for behandling og muliggøre den nødvendige dygtiggørelse indenfor specialets opgaveområde. Eksempler på faglig profilering kan være urogynækologi eller føtalmedicin indenfor gynækologi-obstetrik, spædbarnspsykiatri eller spiseforstyrrelser indenfor børne- og ungdomspsykiatri eller neuroradiologi og ultralyd indenfor radiologi. Beskrivelsen af de faglige profileringer kan blandt andet foretages af specialebærende selskaber og øvrige faglige selskaber.

De enkelte enheders og speciallægeres forventninger og ønsker til faglige profilering skal underlægges, hvad sundhedsvæsenet samlet set har behov for, for at imødekomme befolkningens udvikling i sygdomsmønstre og sundhedsvæsenets organisering. Således skal der være tilstrækkelige bredde- og dybdekompetencer de rette steder.

Sundhedsstyrelsen vil med inddragelse af det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse følge udviklingen i formaliserede profileringer, særligt efteruddannelse rettet mod opnåelse af særlige, specialiserede kompetencer.

Fagområder

Fagområdeuddannelse er formaliseret efteruddannelse indenfor et område/kliniske funktioner der går på tværs af to eller flere specialer som fx fagområdeuddannelsen i palliativ medicin.

Det er behov for at understøtte fagområder med struktur, herunder med beskrivelse af kriterier for fagområder, godkendelse af målbeskrivelse og fagområdeuddannelse fra sundhedsmyndigheder. samt en forankring via det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse, hvor målbeskrivelser for fagområder kan godkendes.

14. Fagområdeuddannelser og fagområdekriterier

Der er begrebslig uklarhed og en for løs struktur for fagområdeuddannelse, der betyder, at områder, som ikke entydig ligger i et speciale, ikke prioriteres tilstrækkeligt.

Fagområder skal derfor fremadrettet betegne tværgående områder/kliniske funktioner, hvortil speciallæger fra forskellige specialer kan rekrutteres til at varetage opgaver.

Etablering af fagområdeuddannelser skal godkendes af Sundhedsstyrelsen efter rådgivning af det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse.

Følgende kriterier for fagområder skal bruges ved vurdering af, om et område mest hensigtsmæssigt placeres som et speciale eller som et fagområde:

- Fagområder er kendetegnet ved, at det er hensigtsmæssigt for varetagelsen af opgaverne, at der arbejdes tværfagligt, og at det hovedsageligt er på hovedfunktionsniveau
- Fagområderne giver mulighed for at trække på og understøtte tværfaglighed ved at rekruttere erfarne og motiverede kliniske speciallæger fra forskellige specialer
- Fagområdeuddannelser er markant kortere end speciallægeuddannelser, hvilket giver mulighed for at tilpasse kapaciteten af specialiserede kompetencer hurtigere end ved oprettelsen af et speciale
- Et generelt hensyn til fleksibilitet i uddannelsesstrukturen ift. et dynamisk karriereveje og hensyn til livsfaser samt en effektiv benyttelse af lægelige ressourcer, hvor fagområder giver mulighed for fleksibilitet

6.8. Gennemførelse af speciallægeuddannelse i kliniske enheder

Status

Historisk har den arbejdsbaserede læring altid været central i den lægelige videreuddannelse. Paradigmet har i de sidste tyve år været, at uddannelsen var kompetencebaseret, hvor der skulle opnås konkrete kompetencemål. Den reelle ramme for læring i hverdagen er omsætning af målbeskrivelser og uddannelsesprogrammer til mål for den enkelte uddannelseslæge i den kliniske enhed, hvor det er et vilkår at tilrettelægge arbejdet med blik for både patientbehandling og uddannelse. Generelt prioriteres uddannelsesopgaven højt, og der er opbygget strukturer der understøtter den nødvendige ledelsesmæssig involvering.

Udfordringer og muligheder

Ved hvert femte inspektorbesøg påpeges det at arbejdstilrettelæggelsen på uddannelsesstedet er problematisk eller uhensigtsmæssigt i forhold til videreuddannelsen af læger. Det er en udfordring, som påvirker kvaliteten af en del uddannelsesforløb.

Det er en forudsætning for kvalitet i uddannelsen i de kliniske enheder, at de rammesættende elementer, målbeskrivelser og uddannelsesprogrammer, er tydelige og anvendelige. Her viser en analyse, at de uddannelsesansvarlige overlæger vurderer, at målbeskrivelsen for introduktions- og hoveduddannelsesforløb er en anvendelig ramme for uddannelsen i afdelingen, men at der udfordringer med hensyn til anvendelse af uddannelsesprogrammer og systematisk kompetencevurdering (se bilag 12 og 13).

De uddannelsesansvarlige overlæger og almenmedicinske uddannelseskoordinatorer har en særlig rolle for løsningen af uddannelsesopgaven i daglig praksis, hvorfor det har betydning hvilke rammer, vilkår og kompetencer disse har. Siden 2012 er rammer og vilkår er blevet bedre, men det er fortsat en udfordring at hver femte uddannelsesansvarlige overlæge ikke oplever at have tid til at løse deres opgaver inden for den aftalte tid. Samtidig har omkring halvdelen af de uddannelsesansvarlige overlæger kun i nogen grad en oplevelse af, at de har de tilstrækkelige medicinsk pædagogiske kompetencer (se bilag 14).

Uddannelsesvejledning varetages af hovedvejlederen, der har ansvar for de formelle vejledningssamtaler og af de kliniske vejleder. Samlet set løfter vejlederne deres uddannelsesopgave i afdelingen, men der er en udfordring med at fastholde og videreudvikle et fortsat højt niveau i vejledningen til gavn for kvaliteten i videreuddannelsen.

Uddannelseslægerne tilbydes i varierende grad karrierevejledning. Det kan have betydning for, en række specialer og områder med ubesatte videreuddannelsesforløb, og der skal tages tiltag til at synliggøre og skabe interesse for disse uddannelsesforløb.

Den individuelle uddannelsesplan udarbejdes i høj grad for alle uddannelseslæger (dog med en markant undtagelse for læger under uddannelse i almen praksis), men har kun begrænset betydning for læring i praksis. Der plads til forbedringer i forhold til at styrke kvaliteten og brugen af individuelle uddannelsesplaner.

Anbefalinger

Det er et bærende princip for den lægelige videreuddannelse, at den sker i tilknytning til lægeligt klinisk arbejde på de uddannelsesgivende arbejdssteder (hospitaller, praksis mv.) og det er i hverdagen som ansat uddannelseslæge, at kompetencerne primært udvikles.

Her er det væsentligt, at ledelserne af sygehuse og almen praksis, herunder også de uddannelsesansvarlige overlæger, i samarbejde med ledelserne, tilbyder kvalitet i alle uddannelsesforløb, og at arbejdstilrettelæggelsen tager hensyn hertil. Regionerne skal løbende vurdere om rammer og ledelsesstruktur understøtter at uddannelsesopgaven kan varetages hensigtsmæssigt på alle uddannelsessteder, og skal i den forbindelse tage stilling til hvilke ansvar og roller/funktioner, der kræves for at understøtte de enkelte uddannelsessteder, og skabe samspil mellem afdelinger på store uddannelsessteder.

Beskrivelsen af cheflægers og ledende overlægers opgaveområde er i en vis grad omfattet af overenskomster aftalt af arbejdsmarkedets parter. Det vurderes, at der ikke er behov for at formalisere opgaveansvaret for uddannelsesansvarlige overlæger yderligere med nationale krav til en funktionsbeskrivelse.

Den individuelle uddannelsesplan er hensigtsmæssig til at præcisere forventninger og individuelle tilpasninger af de konkrete uddannelsesforløb inden for rammerne af målbeskrivelse og uddannelsesprogram. Den fastholdes som et obligatorisk element, og uddannelseslægen har medansvar for at den udarbejdes. Regionalt skal der igangsættes tiltag som forbedrer og gerne simplificerer uddannelsesplanen så den får større værdi for den individuelle læring,

For at fastholde og videreudvikle niveauet i vejledningen til gavn for kvaliteten i videreuddannelsen skal der være mulighed for løbende kompetenceudvikling af vejledere. Det vurderes, at der ikke er behov for en national formalisering og beskrivelse af vejledningssopgaverne.

Uddannelseslæger bør kunne få hjælp til, hvordan deres potentiale bedst udfoldes inden for de behov, der er i det patientbehandlende sundhedsvæsen. Regionerne skal tilbyde differentieret karrierevejledning med hensyntagen til uddannelseslægernes behov, herunder hvor langt de er i

videreuddannelsen. Der kan med fordel være en synliggørelse af områder og specialer med særligt gode uddannelsesmuligheder (de mindre søgte) for nyuddannede læger.

Det anbefales, at alle vejledere skal have basale kompetencer til at kunne karrierevejlede, og der kan være perspektiver i regionalt samarbejde om nogle typer karrierevejledning, fx vejledning der adresserer work-life balance og overgangen fra videreuddannelse til speciallæge. Dette bør ske i samspil med eksempelvis fagforeninger og faglige selskaber.

6.9. Kompetencevurdering

Status

Med paradigmet om en målstyret og kompetencebaseret speciallægeuddannelse i 2003 blev det væsentligt at kunne vurdere og dokumentere lægens kompetenceopnåelse. Det blev indført at kompetencevurdering sker i klinisk praksis af fagligt og pædagogisk kompetente kollegaer og med anerkendte og velbeskrevne kompetencevurderingsmetoder, som skal fastslå om uddannelseslægen har opnået kompetencen og understøtte den fortløbende læringsproces.

Status er, at der er en velfungerende praksis for kompetencevurdering på mange uddannelsesgivende enheder, men flere enheder og specialer har potentiale til forbedring. Overordnet set er det endnu ikke lykkedes at implementere brugen af systematisk og professionel kompetencevurdering som en integreret del af den kliniske uddannelse bredt ud over landet og i alle specialer.

Udfordringer og muligheder

Det er en udfordring, at det ikke i tilstrækkelig grad lykkedes at implementere brugen af systematisk og professionel kompetencevurdering, som en integreret del af den kliniske uddannelse. Både inspektorbesøg og survey blandt de uddannelsesansvarlige overlæger viser at der ikke er en hensigtsmæssig praksis for kompetencevurdering på tilstrækkeligt mange afdelinger (se afsnit 4.1.2 Uddannelse i kliniske enheder).

I flere specialer er der usikkerhed om, hvilke kompetencevurderingsmetoder der skal bruges, hvilket er en barriere for hensigtsmæssig implementering af kompetencevurdering på afdelingsniveau. Det gælder blandt andet i en række intern medicinske specialer (bilag 12).

Det varierer, i hvilket omfang specialerne er lykkedes med at sammensætte kompetencevurderingsprogrammer, der giver en vurdering af uddannelseslægen i et holistisk perspektiv. Nogle specialer har valgt at anvende en række forskellige redskaber, som kan gøre det uoverskueligt for uddannelseslægen og vejlederne, når man skal forstå og anvende den samlede portefølje. Konkret er det fx problematisk, at nogle specialer har så mange kompetencevurderinger per tidsenhed, at det samlet set ikke er foreneligt med de kliniske arbejdsforhold (bilag 12).

Specialer, der vælger at bygge deres målbeskrivelse op efter arbejdsfunktioner som fx varetagelse af stuegang/vagtfunktion – eller som patientforløb med fx "det planlagte kejsersnit" fremfor meget detaljerede kompetencer som "at kunne identificere sjældne alvorlige lunge-sygdomme hos børn" har nemmere ved at opbygge et kompetencevurderingsprogram med redskaber, der dækker flere lægeroller og elementer samtidigt.

Der er omfattende viden fra forskning og god praksis om brug af kompetencevurdering i dansk kontekst. Der findes en række validerede og anvendelige kompetencevurderingsredskaber, og der er betydelig viden og erfaring fra succesfuld implementering af systematisk kompetencevurdering, der kan spredes.

Anbefalinger

Det vurderes, at det nuværende paradigme med løbende, systematisk kompetencevurdering skal fastholdes og styrkes. Det er en målsætning at få udbredt systematisk og professionel kompetencevurdering.

Derfor skal der skabes en fælles forståelse af, hvorfor kompetencevurdering er vigtig for kvaliteten i den lægelige videreuddannelse, og at målbeskrivelsernes krav til kompetencevurdering forbedres. Her skal der være fokus på kvaliteten og helhedsperspektivet af det samlede kompetencevurderingsprogram frem for den enkelte metodes anvendelse.

Virksomme indsatser er:

- Medicinsk pædagogisk eksperthjælp til specialebærende selskaber og "uddannere" for blandt andet at styrke udpegning og anvendelse af obligatoriske, anerkendte metoder
- Præcisering af de uddannelsesansvarliges ansvar og roller ved implementering af kompetencevurdering
- Øget ledelsesfokus på alle niveauer, så rammer i klinisk praksis for kompetencevurdering er på plads og understøtter psykologisk sikkerhed og fælles feedbackkultur
- Digitalisering af kompetencevurderingsredskaber, der letter det administrative arbejde, styrker ensartet praksis og muliggør datafangst

Til vurdering af de kompetencer, der er angivet i målbeskrivelsen, skal anvendes anerkendte kompetencevurderingsmetoder, som skal være anvendelige på de uddannelsesgivende enheder. Kompetencevurderingsprogrammet skal indeholde metoder til vurdering af kompetencer indenfor alle syv lægeroller, herunder professionalisme, kommunikation, samarbejde og ledelse.

Det er regionernes ansvar, at der er høj kvalitet i kompetencevurderingerne. Uddannelsesansvarlige overlæger og almen medicinske uddannelseskoordinatorer har, i samarbejde med pædagogisk udviklende funktion og uddannelsesgivende enheder, ansvaret for kvaliteten af kompetencevurderingerne. En del af ansvaret er at tilvejebringe rammer for at kompetencevurderingerne kan gennemføres som en prioriteret del af det kliniske arbejde.

Uddannelsesgiverne (vejledere og tutorlæger) har ansvar for at gennemføre systematisk kompetencevurdering og feedback, og uddannelseslægerne har et medansvar for at efterspørge og anvende kompetencevurdering som et læringsredskab.

15. Systematisk kompetencevurdering i alle videreuddannelsesforløb

Der skal være en markant forbedring i udbredelsen af systematisk kompetencevurdering, og det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse aftaler én eller flere fælles nationale indikatorer, som ressourceeffektivt og uden at påføre kliniske personale administrative opgaver kan anvendes til at følge op på, i hvilket omfang kompetencevurdering sker systematisk og professionelt. Samtidig gøres målbeskrivelser mere operationelle (anbefaling 5) og der lægges op til en revitalisering af den medicinsk-pædagogiske understøttelse af uddannelsesopgaven (anbefaling 18).

Der er ikke faglig begrundelse for at indføre specialisteksamen, som vurderes ikke at kunne omfatte den kompleksitet og brede vifte af kompetencer og roller som en speciallæge skal mestre. Eksamen

risikerer at blive et vilkårligt og snævert nedslag, hvor der i bedste fald vurderes viden og færdigheder, men ikke udøvelsen af komplekse kompetencer i klinisk arbejde. Der kan suppleres med systematiske og validerede test af viden og færdigheder for udvalgte kompetencer som led i og understøttende for videreuddannelsen.

6.10. Kurser

Status

I mere end 50 år har kurser været en formaliseret del af den lægelige videreuddannelse som et obligatorisk supplement til den klinisk baserede læring, der sker i forbindelse med varetagelse af patientbehandling. De specialebærende selskaber har ansvaret for udvikling og gennemførelse af de specialespecifikke kurser, mens regionerne står for de generelle kurser (fx Akut-, Vejlednings- og SOL-1+3-kurserne). Sundhedsstyrelsen administrerer den statslige finansiering af de specialespecifikke kurser og gennemfører SOL 2-kurset. Formål og læringsmål for de generelle kurser har grundlæggende været uændret siden 2003, og der kan stilles spørgsmålstejn ved om kursusrækken er tidssvarende.

Udfordringer og muligheder

Den nuværende kursusrække af generelle og specialespecifikke understøtter ikke i tilstrækkelig grad de overordnede ambitioner for revisionen om øget alsidighed, fleksibilitet og høj faglighed. Det er en central udfordring, at få kurser udvikles og afholdes på tværs af specialer og ikke understøtter et bredere fokus på patienten.

Der er behov for, at kursernes mål og indhold tilpasses og ses i forlængelse af de større ændringer, der ønskes i kompetencemål for uddannelserne samt moderniseringen af de syv lægeroller. Som optakt til revisionen har der været flere arbejdsgrupper og undersøgelser, der dokumenterer, at der er nye temaer og metoder, som med fordel kan prioriteres i de generelle kurser (se evt. kap. 4.1.4 Kurser og simulation). Desuden har curriculum på medicinstudierne udviklet sig, uddannelseslægenes forudsætninger er anderledes. I flere specialer er der supplerende kursusaktiviteter, som har betydning for prioritering og koordination med den obligatoriske kursusrække. Det er problematisk, hvis kurser ikke indtænkes med hensyntagen til det daglige arbejde og øvrige læringsforløb fra medicinstudie til speciallægeanerkendelse.

Der er et formelt krav om evaluering af kurser, men i praksis varierer det i hvilket omfang det sker og hvordan de foretages. Det er en udfordring at der ikke er en fælles standard som understøtter vurdering og løbende forbedring kursus kvaliteten.

Det er kursuslederen som godkender kursUSDeltagelse, og her varierer i praksis for godkendelse. Overordnet savnes tydeligere retningslinjer for hvilke typer af vurderinger der er nødvendige.

Det samlede omfang af kurser varierer mellem specialer. Som udgangspunkt må de specialespecifikke kurser maksimalt vare 210 timer. Det bemærkes, at samtlige specialer i dag udnytter hele rammen for specialespecifikke kurser, og at flere specialer har kursusaktivitet derudover (som formelt set ikke er obligatorisk). Samtidig er det en anerkendt udfordring, at det kan være vanskeligt indenfor den økonomiske ramme at anvende læringsstrategier, som er mere omkostningskrævende end traditionel undervisning i plenum.

Anbefaling

16. Tilpasning af specialespecifikke og generelle kurser

Få kurser udvikles og afholdes på tværs af specialer og de understøtter ikke et bredere fokus på patienten og de fremtidige behov. Derfor gennemføres en gennemgribende revision af både generelle og specialespecifikke kursers indhold, form, metoder og varighed ud fra følgende principper:

- Der skal være en struktureret tilgang til udvikling og gennemførelse af kursusaktiviteter
- Nye og veldokumenterede metoder og læring som fx simulation skal anvendes for at kunne opnå effektiv uddannelse og god patientbehandling; fælles nationale standarder for valg af metoder beskrives på baggrund af forskning, således at den mest effektive og patientsikre metode anvendes
- Træning af procedurer, inden de udføres på patienter, bør fremmes
- Varigheden af de generelle og specialespecifikke kurser skal – inden for en overordnet ramme – fastlægges efter en konkret vurdering af, hvor lang tid det vil tage at opnå specifikke kompetencemål med en bestemt læringsform
- De mest effektive læringsformer skal prioriteres, og paradigmet bør være at en lidt kortere kursusrække af højere kvalitet foretrækkes

Kurser skal fortsat være obligatoriske for, at uddannelseslægerne opnår de tilstræbte minimumskompetencer. Der gives mulighed for, at læger mere frit kan vælge mellem moduler/toninger af obligatoriske kurser.

Der skal anvendes en systematisk tilgang til udvikling af kurser (hvor fx kvalitetscirklen eller Kerns 6 trin kan anvendes som metode), og hvor der sker en vurdering af, om kurser er den rette og mest effektive læringsform med hensyn til kompetencemålene. Når der er dokumenteret effektive læringsformer, skal de fremadrettet anvendes.

Det vurderes, at arbejdet med revision af såvel målbeskrivelse som kursusrække fremadrettet forudsætter yderligere ressourcer til en professionalisering. De nye og større krav kan ikke løftes hensigtsmæssigt alene ved frivilligt engagement men kræver dækning af de reelle omkostninger.

Beskrivelsen af kursers varighed skal være mere ensartet, hvor der skal må være eksplicite overvejelser om forventninger til uddannelseslægens forberedelse og efterfølgende opsamling.

Der skal være fælles retningslinjer på tværs af regioner for praksis for eventuel placering af specialespecifikke kurser under introduktionsuddannelse. I det omfang, der er tungtvejende lærings- og driftsmæssige hensyn, kan der i enkelte specialer under introduktionsforløbet indgå specialespecifikke kurser.

Det skal konsolideres, at kursusrækken skal afspejle alle lægeroller og ikke blot den medicinske ekspert, og kurserne bør vise sammenhæng mellem rollerne. Desuden kan nogle af kurserne med fordel kan være tværprofessionelle og tværfaglige.

Udbytte af kursusaktivitet forudsætter forberedelse inden og opsamling efter kurset samt mulighed for at anvende tillært kompetence i det kliniske arbejde. For at styrke fokus på udvikling og anvendelse af kompetencer fra kurser, skal der være en vurdering af læring og ikke blot deltagelse, hvor det som minimum synliggøres hvad deltagerne har lært, og hvad de skal styrke. Tids- og ressour-

ceforbrug til vurdering af læring skal stå i et rimeligt forhold til den tid, der anvendes på selve kurset. Hvis vurderingen sker som afslutning på kurset, foretages den af kursusleder og af vejleder, hvis det er en egentlig kompetencevurdering.

I flere lande er det udbredt, at universiteterne er involveret i gennemførelse af kurserne i videreuddannelsen. Det er der ikke tradition for i Danmark, hvor de specialebærende selskaber både historisk og aktuelt har en central rolle for kursusudvikling- og afholdelse. De regionale råd for lægers videreuddannelse skal fortsat have ansvar for at udvikle og afholde de generelle kurser, og de specialebærende selskaber, skal stå for udvikling og afholdelse af de specialespecifikke kurser. Her kan der være behov for, at hovedkursusledere får et kompetenceløft, og at der defineres principper for, hvilke kvaliteter og kompetencer hovedkursusleder skal besidde.

Der er etableret simulationsfaciliteter centralt i alle videreuddannelsesregioner. De regionale centre skal fortsat medvirke til, at uddannelsen er forskningsbaseret og uddanne kompetente facilitatorer/instruktører. Der er perspektiv i, at flere specialer afholder kurser i de regionale simulationsenheder, således at der kan veksles mellem forskellige læringsmetoder og har mulighed for at integrere kompetencevurdering på kurset. En styrket implementering af simulationsbaseret træning i speciallægeuddannelsen bør foregå nationalt i et samarbejde med de regionale simulationscentre. Et nationalt samarbejde gør det muligt at optimere udnyttelsen af ressourcer, herunder udstyr, lokaler samt trænedes facilitatorer. Det vil være ressourcebesparende at udvikle og dele koncepter, scenarier og kompetencevurderingsredskaber.

In situ simulationer (fx hjertestop- og traume teamtræning) skal fortsat anvendes lokalt til at træne med det team, som man arbejder sammen med, hvorfor træningen foregå lokalt, enten i afdelingen eller i hospitalets simulationsenhed.

6.11. Forskningstræning

Status

I forlængelse af at Speciallægekommissionen i år 2000 anbefalede, at speciallæger bør være i stand til at realisere og udvikle et vidensbaseret sundhedsvæsen, som hviler på overførsel af forskningsresultater til sundhedsvæsenets drift, blev indført et kursus i forskningstræning. Kurset indgår som en del af hoveduddannelsen og udgør i alt 20 arbejdsdage, heraf 10 kursusdage. Formålet med forskningstræningen er jf. den gældende vejledning "at opbygge og styrke kompetencer til, at speciallægerne selvstændigt kan opsøge, vurdere og udvikle ny viden, samt til at speciallægerne kan anvende og formidle denne viden til vurdering af etableret indsats i sundhedsvæsenet". Antallet af læger, der har reel forskningsuddannelse er steget betydeligt siden, ligesom koblingen mellem forskningsmiljøer og det kliniske arbejde er styrket på en lang række områder.

Udfordringer og muligheder

Det vurderes, at opgaven med at overføre forskningsresultater til patientbehandling fortsat er vigtig, men sundhedsvæsenet og strukturerne omkring produktion, indsamling og kondensering af forskning og viden og omsætning til kliniske beslutninger har ændret sig markant over de sidste 20 år. Opgaven med at omsætte forskning til klinisk praksis er kun i få specialer en individuel opgave for den nyuddannede speciallæge, og formålet med forskningstræning skal afspejle denne udvikling.

Samtidig er det en udfordring, at titlen 'forskningstræning' signalerer noget mere vidtgående, end det er muligt at opnå indenfor den givne tidsramme. Fremfor at kunne planlægge randomiserede kontrollerede forsøg eller forberede et systematisk review, hvilket der ikke er behov for, at alle skal

kunne, skal der i stedet sættes fokus på kontinuerligt at udvikle kvalitet og patientsikkerheden i behandlingen, samt at tænke innovativt i forhold til at forbedre arbejdsgange, hvilket kræver andre kompetencer og dermed et andet kursusindhold.

Anbefaling

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

Det obligatoriske kursus i forskningstræning skal erstattes af et nyt kursus, som har til formål at give uddannelseslæger generelle kompetencer i omsætning af forskning, kvalitetsarbejde og datadrevet viden til kliniske beslutninger og forbedrede arbejdsgange.

Kurset (inklusiv mål og metoder) udvikles af en arbejdsgruppe under det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse.

Et nyt kursus skal have mulighed for også at kunne afvikles i specialespecifik ramme.

De gode erfaringer fra flere specialer med et individuelt eller gruppebaseret projektarbejde fra egen organisation inddrages. Projektarbejdet kan tage direkte udgangspunkt i data, problemstilling mv. fra egen/tidligere organisation, arbejdsplads eller i arbejde under et videnskabeligt selskab.

Der kan i de specialer, hvor det er relevant i målbeskrivelsen tilføjes kompetencemål i forskning, som det fx er gjort i målbeskrivelsen for henholdsvis arbejdsmedicin og klinisk biokemi.

Ved udvikling af et nyt kursus skal desuden tages højde for sammenhæng og eventuelt overlap med medicinstudierne.

6.12. Organisering og styring

Status

En væsentlig del af ansvaret for organisering og styring af den lægelige videreuddannelse har siden speciallægekommissionens anbefalinger i år 2000 været placeret regionalt i de tre videreuddannelsesregioner, Øst, Syd og Nord. Denne organisering blev etableret for at understøtte effektiv uddannelse af høj kvalitet. Status er, at der er opbygget erfaring og administrativ kompetence til at tilrettelægge og gennemføre kompetencebaserede videreuddannelsesforløb, og at der på alle niveauer er behov for at understøtte og udvikle kompetencer til at løfte uddannelsesopgaven.

Udfordringer og muligheder

Organisering og styring af den lægelige videreuddannelse sker på et omfattende regelgrundlag og involverende mange aktører. De organisatoriske rammer skal understøtte, at der gennemføres uddannelsesforløb af høj kvalitet over hele landet. Imidlertid er der på flere uddannelsessteder og i flere specialer få uddannelsesfaglige nøglepersoner, der kan varetage kvalitetssikring- og udvikling af videreuddannelsen. Det har konsekvenser lokalt og regionalt, og det påvirker muligheden for at løse nationalt forankrede opgaver, fx revision af målbeskrivelser, med tilstrækkelig repræsentation og kompetence.

De regionale videreuddannelsesråd

I flere geografiske områder og specialer er der udfordringer med at rekruttere og fastholde uddannelses- og speciallæger, hvilket har konsekvenser for lægedækning og patientbehandling. Uddannelsesopgaven skal både med hensyn kvalitet, rekruttering- og fastholdelse varetages hensigtsmæssigt i store og mindre regioner.

Det kan være vanskeligt at sørge for uddannelsesforløb af høj kvalitet i travle kliniske enheder, og tilrettelæggelsen forudsætter en tæt dialog om uddannelsesforhold- og muligheder med hensyntagen til uddannelseskapacitet og drift. Det kan være en udfordring at få balanceret repræsentation af alle regionale interesser. Konkret oplever Region Sjælland behov for, at de deres regionale perspektiv er fast repræsenteret i de specialespecifikke uddannelsesudvalg og prognose- og dimensionsudvalget.

Uddannelsesprogrammer

Uddannelsesprogrammerne er generelt anvendelige men nogle er for omfattende og andre for simple.

Der er en udfordring, når 40 pct. af de almenmedicinske koordinators og 25 pct. af de uddannelsesansvarlige overlæger vurderer, at uddannelsesprogrammerne kun i begrænset omfang omsættes til læring. Ligeledes viser inspektorrapporter, at et uddannelsesprogrammerne ved cirka 10 pct. af besøgene vurderes som utilstrækkelige⁵³. Der er således brug for at styrke kvaliteten og anvendeligheden af uddannelsesprogrammerne.

Den pædagogisk udviklende funktion

På vegne af de regionale råd skal en pædagogisk udviklende funktion udvikle undervisnings- og indlæringsmetoder og vejlede herom (jf. Bekendtgørelse om de regionale videreuddannelsesråd for læger). I praksis har den en mere overordnet rådgivende, koordinerende og udviklende funktion i forhold til at sikre og udvikle kvaliteten i den lægelige videreuddannelse. Opgaveporteføljen er bred for den pædagogisk udviklende funktion og konstruktionen for ansættelse og organisering er skrøbelig, da den er delt mellem regioner og universiteter. Samarbejdet med universiteterne om ansættelse af postgraduate kliniske lektorer, er omkostningsfuldt og den konkrete værdi for den medicinsk pædagogiske forskning og udvikling samt synergi mellem medicinstudiet og videreuddannelsen er ikke tydelig i alle regioner.

Uddannelsesansvarlige overlæger har generelt et højt kendskab til funktionen, men kun hver anden har det senest år anvendt den, og hver tredje oplever funktionen som en støtte for deres daglige arbejde. Det er en udfordring, at formålet med funktionen ikke er mere præcist og at den oplevede værdi på uddannelsesstederne ikke er større.

For nationalt forankrede opgaver (fx bidrag til målbeskrivelse) og for at understøtte udvikling af kvalitet og god praksis på tværs af regionerne ses det som en udfordring, at der kun i begrænset grad er et formaliseret landsdækkende samarbejde omkring den pædagogisk udviklende funktion.

Anbefalinger

Regionerne har ansvaret for videreuddannelse af læger. Det indebærer, at der regionalt skal sørges for de rette ressourcer, rammer og kompetencer.

⁵³ Gitte Eriksen, Kristine Sarauw Lundsgaard, 2022: "Transfer fra papir til læring i klinisk praksis - fokus på uddannelsesprogrammer i den lægelige videreuddannelse".

18. Medicinsk pædagogisk understøttelse af uddannelsesopgaven

I flere mindre specialer og på nogle uddannelsessteder er der utilstrækkelige kompetencer og rammer til at løfte uddannelsesopgaven hensigtsmæssigt.

Udover det ansvar, som regioner og det enkelte uddannelsessted har for at de nødvendige pædagogiske og uddannelsesledelsesmæssige kompetencer og rammer er til stede, så bør potentialet for at udvikle og styrke støttefunktioner (inklusiv den pædagogisk udviklende funktion) undersøges nærmere.

Formålet med en undersøgelse er at udvikle en ny/revitaliseret organisering, der understøtter, at der på alle niveauer er kompetente nøglepersoner/eksperter, som bidrager med et uddannelsesfagligt/medicinsk-pædagogisk perspektiv.

Udvikling af en ny model skal baseres på en afdækning af følgende temaer:

- Revurdere modeller for videreuddannelsesregionernes samarbejde med universiteter og forskningsmiljøer
- Tættere landsdækkende samarbejde og vidensdeling mellem regioner
- Organisering og kompetencer der understøtter regionale perspektiver og fælles varetagelse af nationale opgaver, som fx udarbejdelse af målbeskrivelser
- Understøtte kvalitetssikring og udvikling på uddannelsesstederne
- Understøtte udbredelse af systematisk kompetencevurdering.

Regionale videreuddannelsesråd

De regionale videreuddannelsesråd for lægers videreuddannelse bevares, fordi de har et vigtigt lokalt kendskab til uddannelsesforhold og fungerer som et væsentligt forum, hvor lokale og regionale problemstillinger i forhold til uddannelsen kan tages op og håndteres. Det vurderes, at en centraliseret detaljstyring af videreuddannelsen ikke er hensigtsmæssig, da det risikerer at reducere muligheden for fleksibelt at udnytte de forskellige uddannelsesmuligheder og løse de uddannelsesmæssige udfordringer lokalt. Sundhedsstyrelsen udstikker rammer for rådernes opgaver, sammensætning og kompetence.

For at regionerne bedst muligt kan forebygge og håndtere rekrutteringsudfordringer, er det vigtigt, at de er repræsenteret i de regionale og nationale råd og udvalg, hvor der indstilles og træffes beslutninger med betydning for tilrettelæggelsen og fordelingen af uddannelsesforløb på uddannelsesstederne.

Regionernes perspektiv skal være repræsenteret i Sundhedsstyrelsens Prognose- og Dimensioneringsudvalg og i de specialespecifikke uddannelsesudvalg i videreuddannelsesregionerne, og regionernes perspektiv skal fortsat være repræsenteret i de Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse.

Det vurderes, at regionerne fortsat skal have mulighed for at indgå samarbejder om tilrettelæggelse og gennemførelse af uddannelsesforløb. Samarbejdet kan ske på tværs af videreuddannelsesregionerne, og det forudsætter blandt andet, at der bliver bedre mulighed for at dele data og information om forløb.

Herudover skal der skabes et bedre overblik over udfordringer med at besætte uddannelsesstillinger på regionsniveau. Oplysninger om ubesatte forløb skal tilgodese behov for at kunne se, hvordan uddannelseskapaleteten udnyttes regionalt.

Uddannelsesprogrammer

Uddannelsesprogrammerne er et vigtigt led i omsættelse af målbeskrivelsen til uddannelseslægenes læring i det enkelte uddannelsesforløb. For at kommende speciallæger opnår de kompetencer, som fremgår af målbeskrivelserne, skal uddannelsesprogrammerne udformes, så de kan omsættes til læring i praksis. Sundhedsstyrelsen udarbejder i samarbejde med relevante aktører nationale retningslinjer for omfanget og indholdet af uddannelsesprogrammerne, herunder ansvarsforhold i forhold til udarbejdelse af uddannelsesprogrammer og rettidig revision ved ændringer i målbeskrivelser og struktur.

Uddannelsessamarbejde med Færøerne og Grønland

For organiseringen og styringen af den lægelige videreuddannelser er det desuden en opgave at understøtte sundhedsvæsenene på Færøerne og i Grønland med uddannelse af læger og speciallæger. Regioner og videreuddannelsesregioner bidrager til uddannelse af de uddannelsesgivende samt planlægning af konkrete uddannelsesforløb. Regelgrundlaget for arbejdet er dog ikke tilstrækkeligt klart, og det skal afklares, hvordan formalia og rammer understøtter en videreførelse af god praksis. Formålet med uddannelsessamarbejde mellem Færøerne, Grønland og Danmark er at understøtte, at lægerne er kompetente og har samme høje minimumsstandard, så borgere og patienter i hele rigsfællesskabet har adgang til kompetent lægefaglig behandling, og at mobilitet er mulig.

6.13. Evaluering, kvalitetssikring- og udvikling

Status

I betænkningen fra speciallægekommisionen i 2000 blev inspektorordningen for den lægelige videreuddannelse beskrevet som en vigtig ordning til kvalitetssikring og kvalitetsudvikling af videreuddannelsen. Speciallægekommisionen foreslog desuden indførelsen af en inspektorlignende ordning for den lægelige videreuddannelse i almen praksis som et væsentligt initiativ. I dag udgør inspektorordningen sammen med uddannelseslægenes slutevaluering af uddannelsesforløb et nationalt system for kvalitetssikring- og udvikling, som også anvendes i det regionale og lokale arbejde. Derudover anvendes i varierende grad supplerende redskaber og information i kvalitetsudviklingsprocesser i regionerne og på de enkelte uddannelsessteder.

Udfordringer og muligheder

Inspektorordningen fordrer en gensidig forpligtelse blandt de involverede aktører om at afsætte den nødvendige tid og de nødvendige ressourcer til at drive og udvikle ordningen. Det er en udfordring, at inspektorordningen ikke er formaliseret ved forankring i eksempelvis lov eller bekendtgørelse, hvilket gør ordningen sårbar i forhold til at sikre stabilitet i driften og udviklingen af ordningen.

Herudover er det en udfordring, at inspektorordningen ikke omfatter uddannelsesaktivitet i almen- og speciallægepraksis. Hver tredje uddannelsesforløb foregår i almen praksis- og speciallægepraksis, og det er således en væsentlig andel af videreuddannelsen, der ikke indgår i en formaliseret kvalitetssikring- og udvikling.

Tidligere forsøg på at designe en parallel til inspektorordningen for almen praksis er ikke lykkedes – primært fordi det tenderede til at blive meget ressourcekrævende. Hver uddannelsespraksis har typisk én til to uddannelseslæger af gangen. Hertil kommer, at der i de små organisationer, som almen- og speciallægepraksis udgør, er særlige udfordringer med at opretholde anonymitet i potentielt offentligt tilgængelige rapporter i stil med inspektorrapporterne.

Regionalt og på de enkelte uddannelsessteder arbejdes med forskellige tiltag for at sikre en løbende kvalitetsudvikling af den lægelige videreuddannelse⁵⁴. Det er en udfordring, at der er begrænset videndeling om regionsspecifikke tiltag til kvalitetssikring og -udvikling af videreuddannelsen.

Anbefalinger

Regionerne har ansvaret for kvalitetssikring og -udvikling af videreuddannelsen.

Sundhedsstyrelsen vil i beskrivelsen af rammerne for de regionale videreuddannelsesråds opgaver præcisere, at rådene skal vurdere og understøtte udviklingen af kvaliteten i den lægelige videreuddannelse. I arbejdet skal information fra de nationale evalueringssystemer (inspektorordningen og uddannelseslaege.dk), suppleres med systematisk regionale og lokale informationer, og regionerne skal udveksle viden og erfaringer med kvalitetssikring og -udvikling. Derudover skal Sundhedsstyrelsen udarbejde en ny, fælles minimumsstandard for evaluering af kurser, som er ressourceeffektiv og kan understøtte vurdering og udvikling af kurser.

Der skabes en formaliseret forankring af Inspektorordningen, som skal bidrage til at robustgøre den.

For at løfte og udvikle kvaliteten i den lægelige videreuddannelse i almen- og speciallægepraksis etableres en ordning for kvalitetssikring og kvalitetsudvikling af uddannelsen i almen- og speciallægepraksis. Formålet er at skabe mere systematisk og struktureret evaluering, feedback og kvalitetsudvikling på disse ofte helt små uddannelsessteder, og dermed både gøre dem mere attraktive for kommende uddannelseslæger. Det kan samtidig styrke kompetenceudvikling og potentielt kvalitet i patientbehandling.

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

Det er en udfordring for udvikling af kvaliteten i uddannelsen af speciallæger i almen medicin og de specialer hvor speciallægepraksis indgår (fx hudlæger og øjenlæger) at uddannelsesstederne ikke indgår i en mere struktureret, landsdækkende model for kvalitetssikring- og udvikling.

For at forbedre videreuddannelsen etableres derfor en ordning for kvalitetsudvikling af den lægelige videreuddannelse i almen- og speciallægepraksis.

En ny ordning skal være ressourceeffektiv, og kan være inspireret af de eksisterende kvalitetsklynger i almen praksis.

6.14. Prognose og dimensionering

Status

Historisk har der været en lang tradition for en styring af, hvor mange læger og speciallæger der uddannes. Sundhedsstyrelsen har ansvaret for at udmelde rammer for dimensioneringen af speciallægeuddannelserne, som regulerer antallet af uddannelsesforløb fordelt på specialer i de en-

⁵⁴ Eksempler: LVU 4-11: "Kvalitetsmonitoreringsmodel I VUR Nord" og AUH: "Årsrapport 2021 lægelig videreuddannelse"

kelte videreuddannelsesregioner. Der er flere hensyn til blandt andet uddannelseskvalitet og lægedækning, som skal afvejes ved dimensionering, hvorfor Sundhedsstyrelsen involverer flere udvalg og råd ved den landsdækkende dimensioneringsplan.

Udfordringer og muligheder

Der er flere udfordringer ved den nuværende model for dimensionering.

Det vurderes, at det er en begrænsning for arbejdet med det prognosebaserede grundlag/input for dimensionering, at der ikke også inkluderes prognoser af behovet for læger og speciallæger. Danmark er det eneste OECD-land, der alene anvender en udbudsprognose som grundlag for dimensionering af lægernes videreuddannelse⁵⁵.

Trods markant forøgelse af dimensioneringen af speciallægeuddannelsen har der de seneste fem til 10 år været et voksende gab mellem antallet af nyuddannede af medicinske kandidater og antallet af uddannelsespladser i speciallægeuddannelsen. Siden 2015 og frem til 2020 (seneste data) har gabet mellem antallet af kandidater og antallet af hoveduddannelsesforløb svaret til i størrelsesorden 300 læger årligt. Hvis antallet af færdige kandidater og den nuværende dimensionering fastholdes vil gabet vokse med ca. 235 læger årligt..

I de senere år er varigheden af de nationale dimensioneringsplaner blevet kort, hvilket er en udfordring for implementeringen og hindrer langtidsplanlægning for videreuddannelsesregioner og de uddannelsesgivende enheder. Regionerne skal almindeligvis have mindst et halvt år til at forberede implementeringen af nye dimensioneringsplaner, hvilket er snært med med hyppige dimensionsplaner .

Processen for udarbejdelse af dimensioneringsplanerne er omfattende og tidskrævende for de mange involverede, som skal bidrage til og kvalificere grundlaget. Udarbejdelsen af en dimensioneringsplan tage omkring et år, og forud udarbejdes en udbudsprognose, hvilket kan tage mellem ét og to år. Fremover ønskes dimensioneringen at være mere langsigtet (mindst fem år) med henblik på at give aktørerne rum for planlægning, og processen for udarbejdelse af dimensioneringsplanen afspejler varigheden af dimensioneringsplanen og behovet. Behovet ændres under normale omstændigheder ikke fra år til år, så mindre hyppige korrektioner vil være hensigtsmæssige.

Der er ikke en landsdækkende monitorering af behov for arbejdskraft og bevægelserne på arbejdsmarkedet for læger, som kan anvendes til en løbende justering af, hvilke uddannelsesforløb der igangsættes inden for rammerne af den overordnede dimensionering.

⁵⁵ Health Workforce Planning in OECD Countries: A Review of 26 Projection Models from 18 Countries. Ono, Lafortune og Schoenstein (2013)

Anbefalinger

20. Koordineret dimensionering og prognose

Der er et stigende gab mellem antallet af nyuddannede læger fra universiteterne og antallet af uddannelsespladser i speciallægeuddannelsen. Samtidig kan både proces og grundlag for dimensionering styrkes med bedre data og metoder.

Det vurderes, at en central og national dimensionering af videreuddannelsen fortsat vil være mest hensigtsmæssig til at understøtte at der uddannes det rette antal læger og speciallæger over hele landet.

Sundhedsstyrelsen skal udarbejde et fagligt oplæg til ramme for, hvor og hvor mange læger der uddannes i de enkelte specialer, der balancerer hensyn til, at der i fremtiden er tilstrækkeligt med læger og samtidig er knappe ressourcer til uddannelse og ansættelse af sundhedspersonale.

- Der udarbejdes forpligtende flerårige aftaler mellem regering og regioner om uddannelsesrammerne for at koordinere dimensioneringen af lægeuddannelsen og speciallægeuddannelsen med henblik på at uddanne det rette antal speciallæger
- Sundhedsstyrelsen udarbejder i samarbejde med Sundhedsdatastyrelsen forslag til modeller for henholdsvis udbuds- og efterspørgselsprognosemodel for speciallæger, der kan udgøre et grundlag for dimensionering af uddannelserne af læger og speciallæger.

Sundhedsstyrelsens faglige oplæg til dimensionering kan beslattes inden for en politisk fastsat ramme. Grundlaget for det faglige oplæg skal være en prognose, hvor der også indgår vurdering af behovet for speciallæger. Relevante aktører inddrages i udviklingsarbejdet.

Sundhedsstyrelsen skal udarbejde forslag til en styrket overvågning af arbejdsmarkedet for læger for at skabe et mere retvisende fundament for dimensioneringsplanerne og grundlag for drøftelse med blandt andet det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse om vurdering af behov for tilpasning dimensionering og iværksættelse af understøttende indsatser i specialer og områder med lægedækningsproblemer.

6.15. Inddragelse af andre aktører i videreuddannelsen

Status

Traditionelt har videreuddannelsen altovervejende fundet sted i det offentlige sygehusvæsen og almen praksis. Speciallægekommisionen anbefalede, at videreuddannelsen af hudlæger, øjenlæger og øre-næse-hals-læger skulle omfatte forløb i speciallægepraksis, da de varetog en væsentlig del af patientbehandlingen i det offentlige sundhedsvæsen. Her er det lykkedes at skabe en uddannelsesmodel, hvor mange praktiserende speciallægepraksis ønsker at være uddannelsessted og fungere som tutorlæge. Derudover er der flere uddannelsesforløb i reumatologi i Videreuddannelsesregion Øst, hvori der indgår et halvt års ophold i speciallægepraksis.

Andre aktører (fx private klinikker) har bortset fra enkelte pilotforsøg med forløb i blandt andet ortopædkirurgi ikke indgået i videreuddannelsen.

Udfordringer og muligheder

Flere typer af behandling varetages af private klinikker eller speciallægepraksis. Det gælder fx nogle typer psykiatrisk udredning og behandling og nogle typer af basale, ukomplicerede og hyppige behandlinger (fx keglesnit, operationer af grå stær, brok, knæ og hofte), der udføres i speciallægepraksis og/eller private klinikker.

Der kan være en uudnyttet uddannelseskapacitet i denne del af sundhedsvæsenet, som kan inddrages i videreuddannelsen af læger. Der er imidlertid en ujævn geografisk fordeling af blandt andet speciallægepraksis og potentielle problemstillinger for ulighed i sundhed, der bør tages højde for ved overvejelse om ved øget anvendelse af andre aktører i videreuddannelsen.

Anbefaling

Videreuddannelsen skal bidrage til, at der uddannes kompetente speciallæger i hele landet, som kan arbejde i sundhedsvæsenet til gavn for borgerne. Et princip er, at ansvaret for og hovedopgaven med at videreuddanne læger er forankret i det offentlige sundhedsvæsen. Der skal være opmærksomhed på opgaveudviklingen i sundhedsvæsenet og dens mulige konsekvenser for, hvor kompetencer kan opnås.

Læringspotentiale og uddannelseskapacitet skal være bestemmende for, hvilke uddannelsessteder, der indgår i videreuddannelsen. Videreuddannelsen kan i flere specialer drage nytte af mulighederne i speciallægepraksis. Det kan fx være gynækologi og psykiatri. Her kan fx speciallægepraksis indgå med en delansættelse (som fx øjenlæger i dag) eller et fokuseret ophold (som fx anæstesiologi).

I nogle specialer kan det være relevant, at alle uddannelseslæger har uddannelsesophold i speciallægepraksis, mens det i andre specialer kan være en del af uddannelsesforløbene, der har et ophold i speciallægepraksis.

I det omfang speciallægepraksis og private klinikker skal bidrage mere systematisk til videreuddannelsen af speciallæger, skal det ske med klare krav og standarder for uddannelsesforløb og/eller ophold, for at tilgodese uddannelseskvalitet og patientsikkerhed. Videreuddannelsen skal være af høj kvalitet, uanset hvor den gennemføres.

Referencer

American Diabetes Association 2014: "Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus", Diabetes Care vol 37, Suppl. 1, 2014. Link: https://diabetesjournals.org/care/article/37/Supplement_1/S81/37753/Diagnosis-and-Classification-of-Diabetes-Mellitus

Andreasen, Pernille mfl. 2017: "The employers' perspective on how PhD training affects physicians' performance in the clinic.", Link: https://ugeskriftet.dk/files/scientific_article_files/2018-08/a5332.pdf

Arbejderbevægelsens Erhvervsråd 2016: "De længst uddannede lever 6 år mere end de ufaglærte", Link: https://www.ae.dk/sites/www.ae.dk/files/dokumenter/analyse/ae_de-laengst-uddannede-lever-6-aar-mere-end-de-ufaglaerte.pdf

Arbejdsgruppe for det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse. 2019: "Simulationsbaseret træning i den lægelige videreuddannelse", Link: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2019/Simulationsbaseret-traening-rapport-enderlig-udgave---041119.ashx?la=da&hash=69AB12058F0E6C4735DD489768B3BF23CC15C560>

Bo A, Friis K, Osborne RH et al. 2014: "National indicators of health literacy: ability to understand health information and to engage actively with healthcare providers – a population-based survey among Danish adults". BMC Public Health 2014;14:1095., Link: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-1095>

Danmarks Statistik 2021: "Nyt fra Danmarks Statistik, 17. februar 2021 - Nr. 50", Link: <https://www.dst.dk/da/Statistik/nyheder-analyser-publ/nyt/NytHtml?cid=38326>

Dansk Hjertestopregister 2019: "Årsrapport Dansk Hjertestopregister 2019".

Dansk Hoftaaloplastik Register 2018: "Dansk Hoftaaloplastik Register - Årsrapport 2018"

Danske Regioner 2017: "Ansættelsesprocedure og forretningsorden"; Link: https://www.laegeuddannelsen.dk/CustomerData/Files/PFolders/1055-ans%C3%A6ttelse-i-uddannelses-forl%C3%B8b/1550_ansaettelsesprocedure-og-forretningsorden-03032017.pdf

Health First Europe 2022: "Essential skills for a resilient and effective European health workforce", Link: <https://healthfirsteurope.eu/publication/publication-essential-skills-for-a-resilient-and-effective-european-health-workforce/>

Epinion 2016: "Undersøgelse af den lægevidenskabelige ph.d.-uddannelse" Link: <https://ufm.dk/publikationer/2017/filer/epinion-undersogelse-af-den-laegevidenskabelige-ph-d-uddannelse.pdf>

Erault M & Du Boulay B. 2000: "Developing the attributes of medical professional judgement and competence (Report to the department of Health)". Department of Health London, UK

Eriksen CU, Birke HS, Holding AL, Frølich A editors 2019: "Viden om organisatoriske og patientrettede indsatser ved multisygdom - Et systematisk litteraturstudie af nationale og internationale erfaringer med organisering af sundhedsvæsenet for mennesker med multisygdom"

Fadlon, I., Lyngse, F.P. & Nielsen, T.H. 2020: "Early career, life-cycle choices, and gender", National Bureau of Economic Research 2020;WP28245:11-01-2023.

Finanslov 2017: Aftaleteksten. 2017Link: <https://www.regeringen.dk/nyheder/2016/finanslov-2017/finanslov-2017-aftaleteksten/>

Forskningsministeriet og Sundhedsministeriet 1999: "Medicinsk sundhedsforsknings vilkår og fremtid", Link: <https://ufm.dk/publikationer/1999/medicinsk-sundhedsforsknings-vilkar-og-fremtid>

Forslag til Lov om ændring af sundhedsloven (Justeringer vedr. planlægning, samarbejde, IT, kvalitet og finansiering af sundhedsvæsenet m.v.): 2011/1 LSF 139.

2012Link: <https://www.google.dk/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjT-poex7LHvAhXD-ioKHaR7BgMQFjABegQIAhAD&url=https%3A%2F%2Fwww.retsinformatiion.dk%2Fapi%2Fpdf%2F141170&usq=AOvVaw0lcJcZcFT01vRTUWxsV3YR>

Frenk et al. 2022: "Challenges and opportunities for educating health professionals after the COVID-19 pandemic", Lancet 2022; 400: 1539–56.

Frank JR, Snell LS, Cate OT, et al. 2010: "Competency-based medical education: Theory to practice", Med Teach. 2010;32:638–645, Link: https://www.researchgate.net/publication/45387543_Competency-based_medical_education_Theory_to_practice

Friis K, Lasgaard M, Osborne RH et al. 2016: "Gaps in understanding health and engagement with healthcare providers across common long-term conditions: a population survey of health literacy in 29,473 Danish citizens". BMJ Open 2016;6:e009627, Link: <https://pub-med.ncbi.nlm.nih.gov/26769783/>

Frølich A, Olesen F, Kristensen 2017: "Hvidbog om MULTISYGDOM - Dokumentation af multisygdom i det danske samfund – fra silotænkning til sammenhæng", Link: http://multisygdom.dk/wp-content/uploads/2017/03/Hvidbog-til-net_2_rettet1.pdf

Heeneman S et al. 2021: "Ottawa 2020 consensus statement for programmatic assessment – 1. Agreement on the principles." Med Teach 2021;43, Link: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0142159X.2021.1957088>

Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Cirkulæreskrivelse vedrørende iværksættelse af reformen for videreuddannelse af læger Samtlige sygehuskommuner, Den alm. danske Lægeforening m.fl. (jf. vedlagte udsendelsesliste) CIS nr 168 af 21/11/1989

Cirkulæreskrivelse vedrørende iværksættelse af reformen for videreuddannelse af læger Samtlige sygehuskommuner, Den alm. danske Lægeforening m.fl. (jf. vedlagte udsendelsesliste) (retsinformation.dk). 1989, 2023.

Indstilling vedr. oprettelse af et speciale i akutmedicin af 09/06/2017: Sagsnr. 2-1010-400/1 . 2017 Link: <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>

Jeppesen P, Obel C, Lund L, Madsen KB, Nielsen L, Nordentoft M. 2020: "Mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år : forekomst, udvikling og forebyggelsesmuligheder", Vidensråd for Forebyggelse. Link: <https://vidensraad.dk/rapport/mental-sundhed-og-sygdom-hos-boern-og-unge-i-alderen-10-24-aar-forekomst-udvikling-og>

Kandidatuddannelse i Medicin i Esbjerg fra 2022. 2022 Link: https://www.sdu.dk/da/om_sdu/institutter_centre/irs_regional_sundhedsforskning/uddannelse/kandidatuddannelse_i_medicin_i_esbjerg

KOORDINERINGSRÅDET FOR IBRUGTAGNING AF SYGEHUSMEDICIN (KRIS).

2017 Link: <https://www.regioner.dk/kris>

Kora 2013: "Forskning i kvalitet og patientsikkerhed i Danmark", Link: <https://www.vive.dk/media/pure/9145/2049825>

KU opretter ny lægeuddannelse i Region Sjælland. 23. marts 2022, Link: <https://sund.ku.dk/nyheder/2022/03/ku-opretter-ny-laegeuddannelse-i-region-sjaelland/>

Stefan Køberl & Jesper Bo Nielsen 2018: "Education of health care personal may reduce consequences of low health literacy", Ugeskr Læger 2018;180:V11170873, Link: <https://ugeskriftet.dk/vi-denskab/uddannelse-af-personalet-kan-mindske-konsekvenser-af-lav-sundhedskompetence>

Lockyer, Jocelyn mfl. 2017: "Core principles of assessment in competency-based medical education", Medical Teacher Vol 39, no 6, 609-619.

Lundberg FE. 2020: "Trends in cancer survival in the Nordic countries 1990–2016": the NORD-CAN survival studies. ACTA ONCOLOGICA 2020;59(11):1266.

Målbeskrivelse for børne- og ungdomspsykiatri. 2014 Link: <https://www.sst.dk/da/viden/uddannelse/uddannelse-af-speciallaeger/maalbeskrivelser>

Målbeskrivelse for de fælleskirurgiske uddannelseselementer inden for de 5 kirurgiske specialer (Karkirurgi, Kirurgi, Plastikkirurgi, Thoraxkirurgi og Urologi. 2008:10-01-2023.

Målbeskrivelse for den fælles grunduddannelse i intern medicinske specialer 2013.

Målbeskrivelse for den kliniske basisuddannelse. 2016 Link: https://www.sst.dk/-/media/Viden/Uddannelse/KBU/Bekendtg%C3%B8relser-og-vejledninger/Maalbeskrivelse-for-KBU-version-2_1-30_06_2017_II.ashx?la=da&hash=8D291153F1E5FBC433AF0BB099DD6B7CB2E35EA6

Målbeskrivelse for psykiatri. 2016 Link: <https://www.sst.dk/da/viden/uddannelse/uddannelse-af-speciallaeger/maalbeskrivelser>

Målbeskrivelse for speciallægeuddannelsen i Almen Medicin. . 2013

Link: <https://www.sst.dk/da/viden/uddannelse/uddannelse-af-speciallaeger/maalbeskrivelser>

Målbeskrivelse for speciallægeuddannelsen. Den generelle del fælles for alle specialer, 3. Udgave. 2018 Link: <https://www.sst.dk/-/media/Viden/Uddannelse/Uddannelse-af-speciallaeger/Maalbeskrivelser/Speciallger-Maalbeskrivelse-Generel-august2014.ashx?la=da&hash=39709C8CFD5DBE35FAA871D071B0E37F53684DE9>.

Medicinrådet 2019: "Anbefalinger om tidligere KRIS-anbefalinger" Link: <https://medicinraadet.dk/nyheder/2019/anbefalinger-om-tidligere-kris-anbefalinger>

Medicinstuderende- og yngre lægers karrierevalg. 2013 Link: <https://www.vive.dk/media/pure/9108/2043918>

Senest hentet: 6. april-2021.

Middellevetiden er steget. 2021 Link: <https://www.dst.dk/da/Statistik/nyheder-analyser-publ/nyt/NytHtml?cid=32355> Senest hentet: 11-01-2023-2023.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2014: "Status på den lægelige videreuddannelse.", Udarbejdet af den fælles arbejdsgruppe om lægers videreuddannelse. 2014

Moderniseringsstyrelsen 2015: "Cirkulære om protokollat om visse ansættelsesvilkår for videnskabeligt personale ved universiteter", Link: https://ida.dk/media/1452/stillingsstruktur-15_0.pdf

NHS 2019: "The Topol Review - Preparing the healthcare workforce to deliver the digital future", Link: <https://topol.hee.nhs.uk/>

OECD 2021: "Health at a Glance 2021: OECD indicators", kap. 7., Link: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2021_ae3016b9-en

Pedersen K. Møller 2005: "Sygehusstruktur: fortid, nutid og fremtid", Link: https://www.djoef-forlag.dk/openaccess/oep/files/2005/1_2005/1_2005_2.pdf

Rambøll 2011: "Evaluering af den kliniske basisuddannelse", Link: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2011/~media/CB3949A1FD514FCE8BF32760BFC7E8CB.ashx>

Regerings ekspertpanel 2008: "Regionernes investerings- og sygehusplaner – screening og vurdering I", Link: <https://sum.dk/publikationer/2008/november/regionernes-investerings-og-sygehusplaner-screening-og-vurdering>

Regerings ekspertpanel 2010: "Regionernes investerings- og sygehusplaner – screening og vurdering II", Link: <https://sum.dk/publikationer/2010/november/regionernes-investering-og-sygehusplaner-screening-og-vurdering-ii>

Regeringen 2016: "Patienternes kræftplan - Kræftplan IV", Link: https://www.regeringen.dk/media/2146/sum_patienternes-kræftplan_web.pdf

Regeringen 2017: "Politisk aftale om bedre lægedækning af den 9. februar 2017" Link: <https://www.regeringen.dk/media/2906/aftale-om-laegedaekning.pdf>

Regeringen 2017: "Udmøntningsaftale om Kræftplan IV (2017-2020)". Link: <https://www.sst.dk/-/media/Viden/Kraeft/Kraeftplaner/Kraeftplaner-IV/Udmntningsaftale-om-Krftplan-IV-20172020-mellem-SUM-Danske-Regioner.ashx?la=da&hash=FE7AE7D9F5C95BA2F5661B5F020826F607EC861E>

Regeringen 2017: "Afrapportering – Udvalg om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen", Link: <https://www.regeringen.dk/media/3589/afra-naere-sammenhaengen-sundsvaesen-juni-2017.pdf>

Regeringen 2019: "En læge tæt på dig. En plan for fremtidens almen praksis. Regeringspublikation" Link: <https://sum.dk/publikationer/2018/juni/en-laege-taet-paa-dig>.

Speciallægekommissionen 2000: "Fremtidens speciallæge. Betænkning fra Speciallægekommissionen: Betænkning nr. 1384". Link: https://sum.dk/Aktuelt/Publikationer/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2000/speciallaege.ashx

Specialties, sub-specialties and progression through training the international perspective. 2011 Link: <https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/specialties-subspecialties-and-progression-through-training---the-international-perspective-45500662.pdf>

Statens Institut for Folkesundhed 2019A: "Risikofaktorer for multisygdom", Link: <https://www.regioner.dk/media/12496/risikofaktorer-for-multisygdom-sif.pdf>

Statens Institut for Folkesundhed 2019B: "Multisygdom i Danmark", Link: https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2019/multisygdom_i_danmark

Status på den lægelige videreuddannelse. Udarbejdet af den fælles arbejdsgruppe om lægers videreuddannelse. 2014, Link: <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>

Sundhed Danmark 2022: "Branchestatistik 2021", Link: <https://www.sundheddanmark.nu/talanalyse/sundhed-danmark/>

Sundhedsministeriet 1997: "Betænkning om revision af lov om patientforsikring", Link: <https://www.xn--betnkniger-c9a.dk/wp-content/uploads/2021/02/1346.pdf>

Sundheds- og Ældreministeriet 2016: "De danske akutmodtagelser – status 2016" Link: <https://sum.dk/Media/637643682170072749/De%20danske%20akutmodtagelser%20-%20status%202016.pdf>

Sundheds- og Ældreministeriet 2017: "Lægedækning i hele Danmark: rapport fra Regeringens Lægedækningsudvalg"

Sundheds- og ældreministeriet 2017B: "Den nationale diabetesbehandlingsplan" Link: [Den nationale diabetes-handlingsplan | Indenrigs- og Sundhedsministeriet \(sum.dk\)](#)

Sundheds- og Ældreministeriet 2018A: "Lægedækning i hele Danmark. Status på lægedækningsudvalgets forslag og politisk aftale om bedre lægedækning" Link: <https://sum.dk/publikationer/2018/juni/foerste-status-paa-laegedaekning-i-hele-danmark>

Sundheds- og Ældreministeriet 2018B: "Status på udmøntning af Kræftplan IV 2018" Link: [https://sum.dk/Media/5/A/Status-paa-udmoentning-af-Kraeftplan-IV-2018-maj-2018%20\(2\).pdf](https://sum.dk/Media/5/A/Status-paa-udmoentning-af-Kraeftplan-IV-2018-maj-2018%20(2).pdf)

Sundheds- og Ældreministeriet 2020: "Lægedækning i hele Danmark. 2. Status på lægedækningsudvalgets forslag og politisk aftale om bedre lægedækning", Link: <https://sum.dk/publikationer/2020/marts/anden-status-paa-laegedaekning-i-hele-danmark>

Sundheds- og Ældreministeriet 2021: "Status på udmøntning af Kræftplan IV- 2020" Link: <https://sum.dk/Media/A/0/Kraeftplan%20IV%20-%202020.pdf>

Sundhedsministeriet 1989: "Betænkning nr. 1183 - Lægers kliniske videreuddannelse og arbejdstilrettelæggelse", Link: https://www.elov.dk/media/betaenkninger/Laegers_kliniske_videreuddannelse_og_arbejdstilrettelaeggelse.pdf

Sundhedsministeriet, 1999 "Speciallægekommissionen - Kommissionens arbejdsgruppe 3.2 vedr. Kompetencemåling af speciallægeuddannelsen"

Sundhedsdatastyrelsen 2021: "Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren"; Link: https://sundhedsdatastyrelsen.dk/-/media/sds/filer/find-tal-og-analyser/sundhedsvaesnet/produktivitet-i-sygehussektoren/produktivitet_sygehussektoren_rapport.pdf

Sundhedsstyrelsen 1977: "Betænkning 815 om videreuddannelsen til speciallæge, af speciallægekommissionen nedsat 1973", Link: <https://www.xn--betnknings-c9a.dk/wp-content/uploads/2021/02/815.pdf>

Sundhedsstyrelsen 1978: "Den postgraduate kliniske uddannelseskapacitet og samfundets behov for læger" Link: https://www.elov.dk/media/betaenknings/Den_postgraduate_kliniske_uddannelseskapacitet_og_samfundets_behov_for_laege.pdf

Sundhedsstyrelsen 1993: "Den nationale strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet"

Sundhedsstyrelsen 1996: "Udvalg for Medicinsk Teknologivurdering. National strategi for medicinsk teknologivurdering".

Sundhedsstyrelsen 2001: "Metodehåndbog for medicinsk teknologivurdering"

Sundhedsstyrelsen 2007: "Styrket akutberedskab - planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen", Link: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2007/Publ2007/PLAN/Akutberedskab/StyrketAkutberedskab,-d-.pdf.ashx>

Sundhedsstyrelsen 2007B: "Metodehåndbog for medicinsk teknologivurdering"

Sundhedsstyrelsen 2008: "National strategi for medicinsk teknologivurdering – bedre grundlag for planlægning og prioritering på sundheds-området". Link: <https://www.sst.dk/~media/748C19AFA161498BAE39C7BDAB81CF29.ashx>

Sundhedsstyrelsen 2009: "Health literacy - Begrebet, konsekvenser og mulige interventioner", Link: <https://www.sst.dk/~media/18DDC88AE81F46C7815E28218443B311.ashx>

Sundhedsstyrelsen 2010: "Ansættelse i krigs- og konfliktområder som en del af speciallægeuddannelsen", Link: <https://www.sst.dk/-/media/Viden/Uddannelse/Uddannelse-af-speciallaeger/Vejledninger/Ansaettelse-i-konflikt-og-krigsomraader.ashx?la=da&hash=9F6828F4EC28E70A38575F2586AAB722BE1E4431>

Sundhedsstyrelsen 2011A: "Ulighed i sundhed - Årsager og indsatser", Link: <https://www.sst.dk/~media/F674C77308FB4B0CA00EB038F17E239B.ashx>

Sundhedsstyrelsen 2011B: "Evaluerings af den kliniske basisuddannelse. En aftagerundersøgelse", Link: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2011/~media/CB3949A1FD514FCE8BF32760BFC7E8CB.ashx>

Sundhedsstyrelsen 2011C: "1996-uddannelsesordningens ophør med udgangen af 2012" Link: <https://stps.dk/da/sundhedsprofessionelle-og-myndigheder/autorisation/soeg-anerkendelse-som-speciallaege-og-specialtandlaege/~media/D3B32971963B4C86A3D675F781B8D885.ashx>

Sundhedsstyrelsen 2012: "Speciallægeuddannelsen – status og perspektivering" Link: <https://www.sst.dk/~media/3E138AD08ABC47FC9EE2313AFA059FF7.ashx>

Sundhedsstyrelsen 2013A: "De syv lægeroller. 2013" Link: <https://www.sst.dk/~media/800F03AA071648DCB18F7D58CA8D66E2.ashx>

Sundhedsstyrelsen 2013B: "Det danske syn på lægerollerne" Link: <https://www.sst.dk/da/nyheder/2013/det-danske-syn-paa-laegerollerne>

Sundhedsstyrelsen 2013C: "Kompetencevurderingsmetoder – en oversigt" Link: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2013/kompetencevurderingsmetoder---en-oversigt>

Sundhedsstyrelsen 2015: "Specialeplanlægning – begreber, principper og krav." Link: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2015/specialeplanlaegning--begreber-principper-og-krav>

Sundhedsstyrelsen 2015B: "Sygdomsbyrden i Danmark - Sygdomme" Link: [Sygdomsbyrden i Danmark - sygdomme - Sundhedsstyrelsen](#)

Sundhedsstyrelsen 2016A: "Bilag 1. Hvad er en national klinisk retningslinje (NKR)?" Link: <https://www.sst.dk/-/media/Viden/Sundhedsv%C3%A6sen/NKR/Hvad-er-en-national-klinisk-retningslinje- NKR .ashx>

Sundhedsstyrelsen 2016B: "Inspektorordningen. Håndbog" Link: https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2016/Inspektordningen_Hbog2016fin.ashx?la=da&hash=82BEB4F7170DB9460905E3E1A62B2A9BF0C76405

Sundhedsstyrelsen 2016C: "Revision af målbeskrivelse for den kliniske basisuddannelse. Afrapportering fra arbejdsgruppen til det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse"

Sundhedsstyrelsen 2016D: "Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer", Link: https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2016/Sygdomsbyrden-i-Danmark_2016.ashx?la=da&hash=6C5DF5B672D84689EFC4EB7BAB1C94C687FE7C61

Sundhedsstyrelsen 2016E: "Sygdomsbyrden i Danmark – ulykker, selvskade og selvmord", Link: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/~media/4C861545667644FB93B1A05ABC7B0464.ashx>

Sundhedsstyrelsen 2017A: "Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil" Link: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/danskernes-sundhed-den-nationale-sundhedsprofil-2017>.

Sundhedsstyrelsen 2017B: "Kræftplan IV", Link: <https://www.sst.dk/da/viden/kraeft/kraeftplaner/kraeftplan-iv>

Sundhedsstyrelsen 2017C: "Styrket indsats for mennesker med diabetes. Fagligt oplæg til en national handlingsplan 2017-2020", Link: <https://www.sundhedsstyrelsen.dk/da/Udgivelser/2017/Styrket-indsats-for-mennesker-med-diabetes-Fagligt-oplaeg-til-en-national-handlingsplan-2017-2020>

Sundhedsstyrelsen 2017D: "Systematisk og struktureret kompetenceudvikling i kræftkirurgien. Forslag til en generisk model for en ekspertuddannelse af speciallæger"

Sundhedsstyrelsen 2017E: "Vurdering af et speciale i akutmedicin i Danmark", Link: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/vurdering-af-et-speciale-i-akutmedicin-i-danmark>

Sundhedsstyrelsen 2018: "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom"

Sundhedsstyrelsen 2019A: "Den kliniske basisuddannelse. Det lægelige videreuddannelsessystem i sammenlignelige lande"

Sundhedsstyrelsen 2019B: "Lægeprognosen 2018-2040. Udbuddet af læger og speciallæger" Link: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2019/L%C3%A6geprognose-2018-2040.ashx?la=da&hash=B64A451ED51D2CFDD09976F3CD49DB045BCA0451>

Sundhedsstyrelsen 2019C: "Multisygdom i Danmark", Link: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2019/multisygdom-i-danmark>

Sundhedsstyrelsen 2019D: "Simulationsbaseret træning i den lægelige videreuddannelse", Link: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2019/Simulationsbaseret-traening-rapport-endelig-udgave--041119.ashx?la=da&hash=69AB12058F0E6C4735DD489768B3BF23CC15C560>

Sundhedsstyrelsen 2020A: "Anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats - Planlægningsgrundlag for de kommende 10 år." Link: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2020/anbefalinger-for-organisering-af-den-akutte-sundhedsindsats>

Sundhedsstyrelsen 2020B: "Dimensioneringsplan 2021" Link: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2020/Dimensioneringsplan/Dimensioneringsplan-for-speciallaeger-2021.ashx?la=da&hash=847EFC1C15633ED35B0A38D78CC9562BD930847A>

Sundhedsstyrelsen 2020C: "Kommissorium for Task Force for dimensionering af speciallæger af 07/02/2020"

Sundhedsstyrelsen 2020D: "Social ulighed i sundhed og sygdom", Link: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2020/Ulighed-i-sundhed/Social-ulighed-i-sundhed-og-sygdom-tilgaengelig.ashx>

Sundhedsstyrelsen 2020E: "Speciallægeuddannelsen. Dimensioneringsplan 2021", Link: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2020/Dimensioneringsplan/Dimensioneringsplan-for-speciallaeger-2021.ashx?la=da&hash=847EFC1C15633ED35B0A38D78CC9562BD930847A>.

Sundhedsstyrelsen 2022A: "Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet", Link: https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/Ulighed/8947-SST-Rapport-Ulighed-i-moedet_TILG.ashx

Sundhedsstyrelsen 2022B: "De specialespecifikke kurser - Håndbog for hoved- og delkursusledere"

Sundhedsstyrelsen 2022C: "Danskernes sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2021", Link: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/Sundhedsprofil/Sundhedsprofilen.ashx>

Sundhedsstyrelsen 2022D: " Sundhedskompetence i det danske sundhedsvæsen - En vej til mere lighed", Link: https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/Sundhedskompetence/SST-Rapport_-_Sundhedskompetence_TILG.ashx

Sundhedsstyrelsen 2022E: "Fagligt oplæg til en 10-årsplan Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser", Link: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2022/fagligt-oplaeg-til-en-10-aarsplan>

Sundhedsstyrelsen 2022F: " Lægeprognose 2021-2045: Udbuddet af læger og speciallæger", Link: <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2022/Laegeprognose-2021-2045>

Søgaard Advice 2014: "Hvor høje er sundhedsudgifterne i Danmark?"

VIVE 2013: "Ledelse af akutte patientforløb - Et projekt under Videncenter for Velfærdsledelse. 2013", Link: <https://www.vive.dk/da/udgivelser/ledelse-af-akutte-patientforloeb-9788/>

VIVE 2018: " Sammenhæng i patientforløb - Hvilke modeller og anbefalinger er der, og hvordan kan de bruges i praksis?", Link: <https://www.vive.dk/media/pure/10770/2302286>

VIVE 2019: "Modeller for tildeling af klinisk basisuddannelsesforløb. Analyse af fordele og ulemper" Link: <https://www.vive.dk/media/pure/14059/2611305>

VIVE 2020: "Fremtidens sundhedsudgifter - En analyse af sund aldring, 'steeping' og teorien om alder som 'red herring', Link: <https://www.vive.dk/media/pure/14910/4099824>

Weggemans, M. mfl. 2017: "The postgraduate medical education pathway: an international comparison" i GMS Journal for Medical Education, vol. 34 (5)

Wijnen-Meijer M, Burdick W, Alofs L, Burgers C, ten Cate O. 2013: "Stages and transitions in medical education around the world: clarifying structures and terminology." Med Teach. 2013 Apr;35(4):301-7

WFME 2015: "Continuing Professional Development of Medical Doctors WFME Global Standards 2015.", Link: <https://formacionenradiologia.files.wordpress.com/2018/09/wfme-2015-continuing-professional-development.pdf>

WHO 2020 "WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000-2019", Link: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghe2019_daly-methods.pdf

UdKæst

Gældende regelgrundlag for den lægelige videreuddannelse

Tema	Regelgrundlag
Autorisation	Autorisationsloven (LBK nr 731 af 2019)
	Bekendtgørelse om autorisation af læger, der er statsborgere i og/eller uddannet i lande udenfor EU/EØS (BEK nr 1372 af 2010) med ændringsbekendtgørelse nr 61 af 2016.
	Bekendtgørelse om autorisation af visse sundhedspersoner, der er statsborgere i og/eller uddannet i lande uden for EU/EØS (BEK nr 478 af 2013)
Nationale og regionale råd for lægers videreuddannelse	Bekendtgørelse om opgaver og forretningsorden for det nationale råd for lægers videreuddannelse (BEK nr 1006 af 2018)
	Bekendtgørelse om de regionale råd for lægers videreuddannelse (BEK nr 1706 af 2006)
	Bekendtgørelse om sammensætning af det nationale råd for lægers videreuddannelse (BEK nr 1005 af 2018)
KBU og selvstændigt virke	Bekendtgørelse om tilladelse til selvstændigt virke som læge (BEK nr 1247 af 2007)
	Bekendtgørelsen om lægers kliniske basisuddannelse (BEK nr 1256 af 2007)
	Vejledning om generelle kurser i den kliniske basisuddannelse (VEJ nr 9689 af 2017)
Speciallæge-uddannelsen	Bekendtgørelse om speciallæger (BEK nr 458 af 2019)
	Bekendtgørelse om uddannelse til speciallæger (BEK nr 96 af 2018)
	Vejledning om udarbejdelse og revision af målbeskrivelser i speciallægeuddannelsen (VEJ nr 9005 af 2012)
	Vejledning om uddannelsesprogrammer i den lægelige videreuddannelse, der følger af Bekendtgørelse om uddannelse til speciallæger (VEJ nr 9587 af 2008)
	Vejledning om kompetencevurdering i den lægelige videreuddannelse (VEJ nr 9586 af 2008)
	Vejledning om de specialespecifikke kurser i den lægelige videreuddannelse (VEJ nr 9320 af 2012)

	Vejledning om generelle kurser i den speciallægeuddannelsen (VEJ nr 9153 af 2011)
	Vejledning om den obligatoriske forskningstræning i speciallægeuddannelsen (VEJ nr 9164 af 2014)
	Vejledning om deltidsansættelser i den lægelige videreuddannelse VEJ nr 9160 af 2014.
	Vejledning om erstatningsansættelser i den lægelige videreuddannelse (VEJ nr 9287 af 2008)
	Vejledning om karrierevejledning i den lægelige videreuddannelse (VEJ nr 9588 af 2008)
	Vejledning om evaluering af uddannelsesstedet i den lægelige videreuddannelse (VEJ nr 10527 af 01/09/2015)
	Vejledning om overgangsordning for speciallæger i andet speciale og læger med erfaring i akutmedicin opnået inden etableringen af specialet akutmedicin: VEJ nr 9877 2018
Anerkendelsesdirektivet og meritvurdering	Vejledningen om meritvurdering (VEJ nr 9481 af 2017)
	EU-direktiv 2005/36/EF af 7. september 2005

Ad. dagsordenspunkt 1: Velkommen til ny sekretariatschef, nye medlemmer og godkendelse af dagsorden

Sagsfremstilling:

Velkommen og kort præsentation af den ny sekretariatschef for VU-ØST Kristine Sarauw Lundsgaard.

Også velkommen til 3 nye medlemmer fra Region Hovedstaden:

Vicedirektør Lisbet Ravn efter Rasmus Møgelvang

Læge Jonas Olsen efter Line Engelbrecht Jensen – Jonas er tillige udpeget af YL

Læge Sarah Chehri efter Kristine Søgaard Dahl

Dagsordenen er fremsendt til Rådets medlemmer den 17. februar 2023.

Indstilling:

Sekretariatet indstiller, at dagsordenen godkendes.

Ad. dagordenspunkt 2: Godkendelse af referat af møde den 1. december 2022

Sagsfremstilling:

Referatet af seneste ordinære møde er beklageligvis ikke tidligere fremsendt.

Indstilling:

Sekretariatet indstiller at referatet godkendes.

Bilag:

Bilag 02.01 Udkast til referat af ordinært møde den 1. december 2023

Ad. dagordenspunkt 3: Indstillinger fra specialet Urologi

Sagsfremstilling:

Iht. Dimensioneringsplanen for 2023 skal der ske udvidelse i specialet Urologi.

Der indstilles til en udvidelse med 1 h-forløb, der påbegyndes i Region Sjælland. Begge driftsregioner har tiltrådt indstillingen.

Indstilling:

Sekretariatet indstiller, at indstillingerne godkendes.

Bilag:

Bilag 03.01 Indstilling til Det Regionale Råd vedr. h-forløb Urologi

Bilag 03.02 Oversigt h-forløb Urologi

SEKRETARIATET FOR LÆGELIG VIDEREUDDANNELSE REGION ØST

MØDEREFERAT - UDKAST

Det Regionale Råd i Uddannelsesregion Øst



SAGSBEH.: Lise Møller SAGSNR.: 22002546-
DIREKTE.TLF.: 38 66 99 31 SAGSGRP.: 02.04.04
E-MAIL: Lise.m@regionh.dk DERES J. NR./REF.: DATO: 22. december 2022

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

Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse ØST

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

Mødet afholdes:

Torsdag den 1. december 2022 kl. 14.00 – senest 17.00

**Mødelokale NA- 309
Gentofte Hospital, opg. 3A, 2. sal
Gentofte Hospitalsvej 3A
2900 Hellerup**

Kort er vedlagt mødeindkaldelse.

Tlf.: 38 66 99 30

Med venlig hilsen

Kirsten Wisborg
Formand

Lise Møller
Sekretariatschef

Deltagere:

Kirsten Wisborg (formand) **Afbud**
 Rasmus Møgelvang (Region Hovedstaden) **Afbud**
 Thomas Høi-Hansen (Region Hovedstaden)
 Marit Bucarella (Region Sjælland)
 Dan Brun Petersen (Region Sjælland)
 Henrik Stig Jørgensen (Region Sjælland) **Afbud**
 Kim Holck (Uddannelsesgivende Region Hovedstaden)
 Susanne Wammen (Uddannelsesgivende Region Hovedstaden – FAS)
 Janne Wilmar (Uddannelsesgivende Region Sjælland - psykiatri) **Afbud**
 Nhat Ngo suppl. for Connie Dydensborg (uddannelsesgivende almen praksis Region Hovedstaden)
 Helge Madsen (Uddannelsesgivende almen praksis Region Sjælland - PLO)
 Jean Perit Strandlod (Uddannelsessøgende Region Sjælland) **Afbud**
 Sofie Nancy Glud Heiredal (Uddannelsessøgende Region Sjælland) **Afbud**
 Line Engelbrecht Jensen (Uddannelsessøgende Region Hovedstaden - YL)
 Kristine Søgaard Dahl (Uddannelsessøgende Region Hovedstaden) **Afbud**
 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)
 Lucy Bray (Sekretariatet for Lægers Videreuddannelse)

Inviterede:

Koncerndirektør Jesper Gyllenborg
 Vicedirektør Annemarie Hellebæk
 Vicedirektør Ida Hageman
 UKO Anita Sørensen

Dagsorden ordinært møde

1. Velkommen og godkendelse af dagsorden (2 min.)
2. Godkendelse af referat af møde den 5. september (3 min.)
3. Konsekvens af rekrutteringsudfordringer herunder uddannelse på privathospitaler (45 min)
4. Forslag til nyt kommissorium for uddannelsesråd (15 min.)
5. Revisionsarbejdet for den lægelige videreuddannelse (10 min.)
6. Status for flexforløb 2022 og 2023 samt Dimensionering 2024-2028 (30 min.)
7. Indstillinger fra specialerne Patologisk Anatomi, Psykiatri og Oftalmologi (5 min)
8. Indkomne Inspektorrapporter mm. siden sidste møde (15 min.)
9. Orienteringspunkter (10 min.)
 - a. Møderne i NRLV den 12. oktober og 14. december 2022 er aflyst grundet valg mm.
 - b. Referat af møde i Prognose- & Dimensioneringsudvalget den 21. september 2022
 - c. Status projekt Uddannelseslæge.dk
 - d. Opgørelser til SST pr. 1. november 2022
 - e. Status for ansættelse af PKL i 2023
 - f. Ændringer i Sekretariatet 2023
10. Nyt fra Region Sjælland, Region Hovedstaden, Færøerne og PKL (15 min.)
11. Planlægning af næste møde mandag den 27. februar 2023 (3 min)
12. Eventuelt (2 min.)

Ad. dagsordenspunkt 1: Velkommen til nye medlemmer og godkendelse af dagsorden

Sagsfremstilling:

Velkommen til to nye medlemmer fra Region Sjælland.

Vicedirektør Dan Brun Petersen er nyt medlem efter Søren Bredkjær.

Sofie Nancy Glud Heiredal er nyt medlem efter Kasper Gasbjerg

Dagsordenen er fremsendt til Rådets medlemmer den 23. november 2022.

Indstilling:

Sekretariatet indstiller, at dagsordenen godkendes.

Godkendt.

Der blev spurgt ind til, hvorvidt den kommende samarbejdsaftale mellem Region Hovedstaden og Region Sjælland bør tilføjes til dagsorden. Rådet blev orienteret om, at den indgår i temadrøftelsen på mødet den 27. februar.

Ad. dagsordenspunkt 2: Godkendelse af referat af møde den 5. september 2022

Sagsfremstilling:

Referatet af seneste ordinære møde er beklageligvis ikke tidligere fremsendt.

Indstilling:

Sekretariatet indstiller at referatet godkendes.

Bilag:

Bilag 02.01 Udkast til referat af ordinært møde den 5. september 2022

Godkendt.

Ad. dagsordenspunkt 3: Konsekvens af rekrutteringsudfordringer herunder uddannelse på privathospitaler

Sagsfremstilling:

På sidste møde blev det aftalt, at PKL skulle stå for et oplæg om udfordringerne i de kirurgiske og det anæstesiologiske speciale på baggrund af især mangel på sygeplejersker. I den forbindelse har det været nævnt, at privathospitaler kunne inddrages i den lægelige videreuddannelse. Tidligere har Privathospitalet Hamlet været part i uddannelsen i Ortopædkirurgi, men aftalen ophørte pga. uenighed om ansættelsesforhold.

I forlængelse af udbud i Region Hovedstaden er der indgået kontrakt med tre privathospitaler vedr. udredning og behandling af ukomplicerede gastroenterologiske sygdomme på hovedfunktionsniveau. Der er indgået aftale med Adeas, Aleris-Hamlet og Capio. Som del af aftalen, arbejdes der på at inkludere uddannelse i form af kortere ophold for udvalgte h-læger fra Hvidovre, Herlev, Bispebjerg og Nordsjælland. Der er aktuelt etableret en prøveordning, som inkluderer 4 forløb af op til 3 mdr. varighed, som tilmeldes h-læger tidligt i hoveduddannelsen. Første læge er en h-læge fra Bispebjerg hos Adeas. Der evalueres på ordningen efter de fire første forløb. Uddannelsesrådet for Kirurgi har drøftet det frustrerende i, at den udlagte udredning og kirurgi ikke kan varetages i egne afdelinger med tilhørende uddannelsesforpligtigelse, samt hvorvidt der er tilstrækkelig sikkerhed for sufficient supervision og kompetencevurdering under opholdene. Initiativet har været omtalt i Dagens Medicin.

Indstilling:

På baggrund af oplægget fra PKL indstilles det at Rådet drøfter de principielle problemstillinger ved inddragelse af privathospitaler i den lægelige videreuddannelse herunder muligheden for regionale forskelle.

Rikke Borre Jacobsen havde inden mødet fremsendt en kort redegørelse for de udfordringer der opleves i speciallægeuddannelserne, som følge Covid-19, sygeplejerskemangel og efterfølgende udlicitering til det private.

Der udtrykkes generelt stor bekymring over, at ikke-kompliceret kirurgi i udpræget omfang overgår til det private, hvilket har den konsekvens, at flere specialer er presset ift. at sikre den tilstrækkelige uddannelse. Vurderingen er dog, at man aktuelt er i stand til at sikre minimumskompetencerne.

Ift. de enkelte specialer var der følgende kommentarer/bemærkninger:

- Ortopædkirurgi: hovedsageligt udfordringer ift. introduktionsuddannelsen. Specialet får det til at hænge sammen ved at hjælpe hinanden og udnytte de afdelinger, der har kapacitet, også på tværs af regionsgrænserne
- Gastrokir: aftalen omfatter 4 uddannelseslæger, men kun én læge ad gangen på samme sted. Ikke 4 på samme tid. Det drejer sig om 5-6 spredte dage og placeres primært på ADEAS. Ordningen evalueres løbende og er i første omgang til og med 2023. Der er sørget for forsikring og andre formelle forhold.
- Gastrokir: dem der skal kompetencevurdere i det private, kender opgaven fra det offentlige regi, hvorfor det ikke bliver et problem
- Gastrokir: det har en økonomisk omkostning (privathospitalerne har bestemt prisen) og der skal på den baggrund aftales en økonomisk kompensation til afdelingerne. Det er dog endnu ikke afklaret. Ift. gastro vil det delvist gå fra udbudspuljen.
- Urologi: her er udfordringen primært sengekapaciteten; hvis der ikke er sygeplejersker, så kan indgrebene ikke blive gennemført, hvilket betyder færre indgreb til uddannelseslægerne
- Anæstesiologi: generel mangel på sygeplejersker og kun få afd. er oppe på fuld kraft. En mulighed kunne være at gøre som i ortopædkirurgien (udnytte hinandens kapacitet), men lønnen er en udfordring
- ØNH: mangler procedurer og forundersøgelser ift. basisindgreb. Booker sig ind på frikliniken, men sikrer kun akkurat minimumskompetencerne

Flere andre relaterede emner blev drøftet:

- Alt under en måned kategoriseres som fokuseret ophold, og her er det afgivende afdeling, der betaler lønnen. Ellers er der tale om en regulær ansættelse
- FAS har drøftet muligheden for i højere grad at benytte speciallægepraksis. Flere specialer har udvist interesse, men endnu ingen afklaring. Regionen betaler lønnen, så det vil ikke medføre øgede udgifter. Der kan dog være udfordringer med at sikre lokaler
- I Hillerød er der etableret en friklinisk på Frederikssund Sygehus, der en form for privathospital indenfor det offentlige system. Speciallæge og uddannelseslæge sendes ud sammen.
- Indtil videre er kun få intro-læger blevet forlænget, som følge af udfordringerne, men der er stor utilfredshed samt bekymring for den fremadrettede rekruttering, når det ikke er muligt at sikre en god nok introduktionsuddannelse. Det kommer også til at have betydning for, hvornår de f.eks. kan gå bagvagt – lægerne kan mindre, men forventningerne er de samme
- Behandling og uddannelse bør hænge sammen. Dette perspektiv skal bæres videre både administrativt og politisk. Hvis behandlingsgarantien overføres til det private, så skal der medfølge krav om uddannelse. Det bør ikke kaldes et hospital, hvis det ikke har uddannelse. Hvis det kommer i udbud, så skal det indeholde uddannelse
- I revisionsarbejdet er simulation angivet som et læringsværktøj og skal bruges der, hvor det er bevist, at det virker. Udfordringen er, at CAMES ikke har en fast bevilling, men er en

indtægtsdækket virksomhed, hvorfor afdelingerne skal betale for brug. Det kræver med andre ord, at der afsættes økonomi til det, hvis vi ønsker mere simulation

Konklusion:

Det Regionale Råd anbefaler ikke etablering bilaterale aftaler med privatsektoren. Det Regionale Råd finder overordnet, at aftaler med privathospitaler kun skal indgås, såfremt de er en del af et regelret udbud, som det har været tilfældet i gastrokir.

Det Regionale Råd mener, at behandling og uddannelse hører sammen, også hvis behandlingen udføres i det privat regi. Krav om uddannelse skal indgå i selve udbuddet.

Derudover ønsker Det Regionale Råd, at bringe de identificerede problemstillinger og bekymringer videre til Sundhedsstyrelsen og regionsrådene. Det kræver imidlertid, at der laves et grundigt forarbejde, herunder at der indhentes relevant data, så det kan anskueliggøres, hvor meget uddannelsesrelevant aktivitet, som overgår til den private sektor.

Dan og Anita vil gerne bistå i indhentningen af data.

Der nedsættes en taskforce bestående af:

Lise, Dan, Anita, Line, Lars Tue, Kim, en PKL og en repræsentant fra sekretariatet.

Taskforce skal gerne komme med oplæg til mødet d. 27. februar 2023.

Ad. dagsordenspunkt 4: Forslag til nyt kommissorium for uddannelsesråd

Sagsfremstilling:

På sidste møde blev der foreslået enkelte ændringer og præciseringer i det udsendte udkast til kommissorium.

Det var især processen omkring indstillinger vedr. sammensætning og placering af uddannelsesforløb, der ønskedes tydeliggjort.

Det vedlagte forslag er forelagt Region Sjælland før udsendelse til Rådet.

Indstilling:

Sekretariatet indstiller, at Rådet drøfter vedlagte reviderede forslag til nyt kommissorium mhp. endelig godkendelse.

Bilag:

Bilag 04.01 Forslag til kommissorium for uddannelsesråd (eftersendes)

Bilag 04.02 Nuværende kommissorium for uddannelsesråd

Rådet gik igennem kommissoriet og kom med præciseringer til punkterne. Derudover skulle nummereringen af punkter være mere entydigt. Dokumentet rettes til og sendes i mailhøring mhp. endelig godkendelse.

Under drøftelsen kom det frem, at Region Sjælland endnu ikke havde nået at tage stilling til, om de i lighed med Region Hovedstaden, vil betale for AMU deltagelse i det årlige fællesmøde.

Ad. Dagordenspunkt 5: Revisionsarbejdet for den lægelige videreuddannelse

Sagsfremstilling:

Pga. Folketingsvalget og de fortsat igangværende regeringsforhandlinger er SST nødt til at pausere møder med eksterne parter, hvilket også inkluderer møder i arbejdsgrupperne ifm. Revisionsarbejdet samt NRLV. Dette betyder at det afsluttende møde i arbejdsgruppe 1. samt mødet i NRLV udskydes til januar 2023. Rapporten forventes derfor først i februar måned.

Siden Rådets seneste møde den 5. september har der været afholdt følgende møder:

- Den 15. september blev der afholdt møde i arbejdsgruppe 1 med fokus på kompetenceniveau for speciallæger, struktur og opbygning af LVU, principper for målbeskrivelser og forskellige former for fleksibilitet.
- Den 19. september blev der afholdt sidste møde i arbejdsgruppe 2 med fokus på afrapportering fra underarbejdsgrupperne og på anbefalinger vedr. specialestruktur og efteruddannelse.
- Den 22. september blev der afholdt møde i arbejdsgruppe 4 med fokus på governance strukturen, karrierevejledning og anbefalinger. Det planlagte sidste møde i arbejdsgruppe 4 blev aflyst, og SST fremsendte i stedet et udkast til anbefalinger til arbejdsgruppen vedr. governance med henblik på at modtage skriftlige bemærkninger. Der blev sendt en række bemærkninger til SST fra hhv. de to medlemmer af arbejdsgruppen samt fra Region Sjælland. Udkastet inkl. bemærkninger er vedlagt som bilag 05.01 og 05.02.

Alt øvrigt materiale fra møder i de 4 arbejdsgrupper samt undergrupper kan findes på Sekretariatets hjemmeside under Det Regionale Råd <https://www.laegeuddannelsen.dk/det-regionale-raad.aspx>
Brugernavn: drr Adgangskode: øst

Indstilling:

På baggrund af ovenstående samt evt. korte supplerende indlæg fra arbejdsgruppernes repræsentanter foreslås det, at Rådet tager ovenstående til efterretning,

Bilag:

Bilag 05.01 Bemærkninger fra de 2 arbejdsgruppemedlemmer til anbefalinger fra arb.gr. 4
Bilag 05.02 Bemærkninger fra Region Sjælland til anbefalinger fra arb.gr. 4

Revisionsarbejdet er blevet sat på pause pga. valget, således er drt ikke opdateringer vedr. dette. På nuværende tidspunkt er det uklart, hvor længe arbejdet bliver udskudt for. Udkast til revisionsrapporten kommer formentlig i februar 2023.

Ad. dagsordenspunkt 6: Status for flexforløb 2022 og 2023 samt Dimensionering 204-2028

Sagsfremstilling:

Dimensioneringsplan 2022-2023 indeholdende en udvidelse på i alt 14 h-forløb i 9 specialer i 2022 og 10 h-forløb i 9 specialer.

Specialer der er udvidet i 2022:

Anæstesiologi (2), B & U Psykiatri (1), Gynækologi & Obstetrik (2), Intern medicin: Geriatri (1), Intern medicin: Lungesygdomme (2), Neurologi (1), Psykiatri (3), Radiologi (2) og Samfundsmedicin (1)

Specialer der udvides i 2023:

Dermato-venerologi (1), Intern medicin: Kardiologi (1), Intern medicin: Lungesygdomme (1), Klinisk genetik (1), Neurologi (1), Oftalmologi (1), Patologisk anatomi og cytologi (1), Psykiatri (2) og Urologi (1)

Flexforløb 2022

Der må etableres op til 44 flexforløb i både 2022 og 2023 under forudsætning af et tilsvarende antal ubesatte h-forløb.

I 2021-2 var der i alt 30 ubesatte h-forløb hvoraf de 16 var i Almen Medicin

I 2022-1 har der været 24 ubesatte h-forløb hvoraf de 15 er i Almen Medicin,

I 2022-2 har der været 19 ubesatte h-forløb hvoraf de 8 er i Almen Medicin,

Der er opslået i alt 24 flexforløb i 2022. Forløbene fordeles mellem følgende specialer,

Intern Medicin: Endokrinologi	1 forløb med Færøerne (0 mdr. i Reg. S)
Intern medicin: Gastroenterologi	1 forløb (45 mdr. i Reg. S)
Intern medicin: Geriatri	2 forløb (4 år i Reg. S og kombi med Færøerne 2år + 2 år Reg. S)
Intern medicin: Infektionsmedicin	2 forløb (2 x 21 mdr. i Reg. S)
Intern Medicin: Kardiologi	1 forløb med Færøerne (18 mdr. i Reg. S)
Kirurgi	2 forløb (hhv. 12 + 42 mdr. i Reg. S)
Klinisk Biokemi	1 forløb (18 mdr. i Reg. S)
Neurologi	1 forløb (21 mdr. i Reg. S)
Ortopædisk kirurgi	2 forløb (hhv. 21+ 33 mdr. i Reg. S).
Patologisk anatomi og cytologi	1 forløb (0 mdr. i Reg. S)
Psykiatri	3 forløb (3 x 18 mdr. i Reg. S)
Pædiatri	2 forløb (2 x 18 mdr. Reg. S)
Retsmedicin	1 forløb (1 år i Reg. S)
Samfundsmedicin	2 forløb (hhv. 0 + 24 mdr. i Reg. S)
Thoraxkirurgi	1 forløb i samarbejde med VU SYD
Urologi	1 forløb (2 år i Reg. S)

Flexforløb 2023

For 2023 er der foreløbig ønsket flexforløb i følgende specialer,

- Anæstesiologi – er udvidet med 2 forløb fra 2022
- Dermato-venerologi (1) – permanent udvidelse i 2023 med 1 forløb
- Gynækologi og obstetrik (1) – udvidet med 2 forløb fra 2022
- IM: Endokrinologi (1)
- IM: Hæmatologi (1-2)
- IM: Kardiologi (2) – permanent udvidelse med 1 forløb fra 2023
- Klinisk Biokemi (1)
- Klinisk Farmakologi (1)
- Klinisk Onkologi i samarbejde med Færøerne (1)
- Ortopædisk Kirurgi
- Pædiatri (1-2)
- Thoraxkirurgi (1) – i samarbejde med enten VU-SYD eller VU-NORD
- Samfundsmedicin (1)

Specialerne Anæstesiologi, Dermato-venerologi, Gynækologi & Obstetrik, IM: Kardiologi, Ortopædisk kirurgi, Pædiatri og Thoraxkirurgi er alle på nationale plan meget søgte og der er generelt stor konkurrence om stillingerne. Ønsket fra Anæstesiologi, Gynækologi & Obstetrik og

Pædiatri begrundes både i konstateret mangel men også i etablering af et mor-barn-center på Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler fra 2025. Der udtrykkes bekymring for, hvad åbning af dette center har for betydning for især afdelingerne i Region Sjælland set i lyset af den afgang af læger, der skete ved oprettelse af børnemodtagelserne i Region Hovedstaden.

Specialet Samfundsmedicin har stor eller tilstrækkelig søgning i Videreuddannelsesregion Øst og der opleves en stor efterspørgsel på speciallæger.

Specialerne IM: Endokrinologi, IM: Hæmatologi, Klinisk Biokemi, Klinisk Farmakologi, Klinisk Onkologi og Psykiatri har i Videreuddannelsesregion Øst varierende søgning fra gang til gang. Ofte lykkes det at besætte næsten alle eller alle forløb.

Alle flexforløb sendes før opslag i høring i begge driftsregioner ligesom alle forløb i videst muligt omfang skal indeholde ansættelse i Region Sjælland – og gerne i den afsluttende ansættelse.

Dimensioneringsplan 2024-2028

Aktuelt er Dimensioneringsplan 2024-2028 i høring. De indtil videre modtagne høringssvar udtrykker alle bekymring for et faldende antal speciallæger begrundet i pensionering, ændret kønsfordeling blandt speciallægerne samt et stigende ønske om reduceret arbejdstid. Det overordnede høringsmateriale vedr. dimensionering af speciallægeuddannelsen 2024-2028 vedlægges som bilag 06.01.

Høringsmaterialet for de enkelte specialer er tilgængeligt på høringsportalen:

<https://hoeringsportalen.dk/Hearing/Details/66725>

Indstilling:

At ovenstående orientering tages til efterretning samt at Rådet drøfter særlige synspunkter, der skal medtages i høringssvar vedr. Dimensioneringsplan 2024-2028

Bilag

Bilag 06.01 Dimensioneringsplan 2022-2023

Høringsfrist til dimensioneringsplan er den 2. december. Tendenserne i svarene er,

- Alderen af de nuværende speciallæger betyder, at flere snart kan forventes at gå på pension
- De er flere kvindelige speciallæger, og flere ønsker at arbejde på deltid. Derfor kan der forventes en mangle på speciallæger i fremtiden.

Derudover er der en tendens til, at der er færre ansøgere til mange hoveduddannelser. Det er ikke en umiddelbar forklaring på dette, men det skyldes måske, at flere vil have længere pause i arbejdslivet samt et ønske om at arbejde mere fleksibelt efter Covid-19. Herudover kan fjernelsen af 4/5/6-års reglen også have haft en betydning.

Der kommet høringssvar fra Færøerne – de ønsker sig en separat pulje på op til 5 H-forløb, så de kan indgå i forløb, der kan etableres udover dimensioneringen.

Ad. dagordenspunkt 7: Indstillinger fra specialerne Patologisk Anatomi, Psykiatri og Oftalmologi

Sagsfremstilling:

Iht. Dimensioneringsplanen for 2023 skal der ske udvidelser i specialerne Patologisk Anatomi, Psykiatri og Oftalmologi.

Patologisk Anatomi

Der indstilles til en udvidelse med 1 h-forløb, der afsluttes i Region Sjælland. Begge driftsregioner har tiltrådt indstillingen.

Psykiatri

Er aktuelt i mailhøring med svarfrist den 30. november 2022.

Der indstilles til udvidelse med 2 h-forløb, der begge afsluttes i Region Sjælland. Begge driftsregioner har tiltrådt indstillingen.

Oftalmologi

Er aktuelt i mailhøring med svarfrist den 24. november 2022.

Der indstilles til udvidelse med 1 i-stilling og 1 h-forløb samt ændret sammensætning af h-forløbene, således at Region Sjællands andel øges. Begge driftsregioner har tiltrådt indstillingen.

Indstilling:

Sekretariatet indstiller, at indstillingerne godkendes.

Bilag:

Bilag 07.01 Indstilling til Det Regionale Råd vedr. h-forløb Patologisk Anatomi

Bilag 07.02 Indstilling til Det Regionale Råd vedr. h-forløb Psykiatri

Bilag 07.03 Indstilling til Det Regionale Råd vedr. i- og h-forløb Oftalmologi

Indstillingerne blev godkendt uden kommentarer fra Rådet.

Ad. Dagordenspunkt 8: Indkomne inspektorrapporter mm. siden møde 5. september 2022Sagsfremstilling:

Der er siden mødet i september indkommet 3 inspektorrapport (bilag 08.01 til 08.03).

"Grønne – gode" rapporter:

Inspektorrapporten fra et opfølgende besøg den 17. august 2022 på Akutafd., NOH. (bilag 08.01)

inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 17. maj 2022 på Øre-, Næse-, Hals- og Kæbekirurgi, SUH, Køge (bilag 08.03)

"Gule" rapporter:

Inspektorrapporten fra et ekstraordinært besøg den 5. april 2022 på Neurologisk Afd., SUH Roskilde (bilag 08.03)

Status for uddannelsesforholdene på BOH

Der er modtaget vedlagte fra cheflæge og UAO.

- Kirurgiske overlæger (ortopædkirurgi, kirurgi og gyn/obs) har tilkaldevagt fra om eftermiddagen. De forlader typisk BoH mellem 16-20:00 efter kontakt med yngre læger i AKM. I tilkaldeperioden har de fremmødepligt ved behov, og specielt ved akut dårlige patienter, f.eks. akut abdomen (AHA-forløb).
- Medicinske overlæger har tilkaldevagt fra ca. kl. 22. I tilkaldeperioden kontaktes de altid af forvagten ved f.eks. akut dårlige patienter. Der er aftalt fast procedure med receptionen om "aktiv opkald" af bagvagt i tilfælde af hjertestop, som så kontakter forvagten mhp. umiddelbart supervision og tilstedeværelse ved behov.
- Bagvagterne ved, at det er deres ansvar i vagten at supervisere de yngre læger, og hjælpe fysisk til også ved travlhed i akutmodtagelsen

- Ved akut dårlige patienter informeres BVer omgående, og anæstesen kan tilkaldes umiddelbart. Der er oprettet MAT-kald på hospitalet
- Overlæger superviserer i AKM, ambulatorier og ved stuegang
- Introduktionen af KBU og øvrige yngre læger til arbejdet i afdelingerne og akutmodtagelsen sker i introdagene på afdelingerne og på kirurgisk afdeling med en overordnet boot-camp. Fokus er også meget på tæt kontakt mellem yngre læger og bagvagter, også i vagtperioden. Desuden introduceres til de komplekse arbejdsgange i SP ved særskilt oplæringsdag i medicinsk afdeling.
- Vi har 1 uddannelsesansvarlig overlæge ansat ved hhv. kirurgisk og medicinsk afdeling, som varetager det overordnede ansvar.
- Yngre læger får udover UAO en speciallæge som hovedvejleder. Yngre læger i uklassificerede stillinger får en mentor.
- Hovedvejlederfunktionen understøttes af ledelsesmøder. Alle hovedvejleder skal have gennemgået vejlederuddannelsen.
- Der er regelmæssige undervisningsseancer ved hhv. kirurgiske og medicinske læger. Disse tilrettelægges med fokus på klinisk læring.
- Møder i AKM mellem AKM-sygeplejersker, yngre læger, UAO og afdelingsledelserne afholdes en gang om måned, med fokus på samarbejde, trivsel og kompetenceudvikling. Der arbejdes med forbedringstiltag mellem møderne
- Dialogmøder mellem yngre læger og afdelingsledelsen i hhv. kirurgi og medicin 1x/måned
- Uddannelsestavle i kirurgisk afdeling hvor udover f eks vejledersamtaler registreres udviklingsområder for hver yngre læger. Disse tavler gennemgås mindst 1 x måned med overlægerne og ledelsen, for at tilrettelægge plan for understøttelse af udvikling af den enkelte yngre læge
- Medicinsk og kirurgisk afdeling afholder vejledermøder hhv. for deres hovedvejleder for at sikre vidensdeling på tværs af forløb og mhp. at opnå kompetencerne

Indstilling:

Det indstilles at alle de ”grønne” rapporter tages til efterretning.

Sekretariatet og det relevante uddannelsesråd følger op på den ”gule” rapport.

Det indstilles tillige at status fra BOH tages til efterretning.

Kommentarer til rapporterne:

Der er kommet en inspektorrapport fra Kardiologisk afdeling på RH, hvor det er foreslået, at deres ”fulde i-stillinger” ændres til delestillinger (2 gange 6 mdr.). Dette er sket.

Neurologisk afd. Roskilde: de har haft ekstra læger pga. lukningen af Slagelse, hvilket kan forklare de udfordringer, der er beskrevet. Det går nu den rette vej igen.

Bornholm:

YL er ikke enige i alt, hvad der står i status fra BOH. Det går bedre, men ikke godt. Der er stadig udfordring ift. definitionen af, hvad der forstås ved supervision. Tilgængeligheden af speciallæger er blevet bedre, men der er jævnligt problemer med tilstedeværelse af speciallæger. Der er flere eksempler på, at de efterlader YL alene med dårlige patienter.

Medicinsk afdeling er dårligere stillet end kirurgisk. De tiltag, der de lavet på kirurgisk afdeling, er forsøgt overført til medicinsk afdeling, men det er ikke rigtig lykkedes.

Hjertestop udgør et særligt problem. Bagvagten kontaktes, men kommer ikke så hurtigt som ønsket og anæstesen er ikke så villig til at hjælpe. Anæstesen bliver ikke automatisk tilkaldt, selvom det tidligere er blevet anbefalet af rådet.

Det er stadig en udfordring i akutmodtagelsen, at både børn og patienter modtages, behandles og udskrives af en yngre læge, uden at blive tilset af en speciallæge.

På kirurgisk afd. skal alle journaler sættes til kontrasingering, men det sker ikke altid i praksis. Det blev desuden oplyst, at alle børn konfereres med RH. Der kommer en børnelæge hver fredag og han har tilbudt at stå for undervisning, men det er ikke tilstrækkeligt.

Der har været snak om at ændre på KBU-lægernes opstart, så de starter forskudt, så der er overlap.

Der er desuden lavet en boot camp, med fokus på oplæring/introduktion. Det er som udgangspunkt i god idé, men problemet er, at denne er placeret inden deres reelle ansættelse og det er problematisk at placere et uddannelseselement før ansættelsen starter.

Line laver en sammenskrivning af problemstillinger, i samarbejde med lægerne på Bornholm og sender det til Lise. Der nedsættes igen et hold bestående af: Lise, Dan, Line, Doris og Kim.

Bornholm har fået penge til et adaptivt læringsværktøj. Area9 (<https://area9lyceum.com/>) der var et oplæg på DSMU's årsmøde om redskabet, men det ligger desværre endnu ikke på hjemmesiden.

Bilag:

Bilag 08.01 Inspektorrapporten fra et opfølgende besøg den 17. august 2022 på Akutafld., NOH

Bilag 08.02 Inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 17. maj 2022 på Øre-, Næse-, Hals- og Kæbekirurgi, SUH, Køge

Bilag 08.03 Inspektorrapporten fra et ekstraordinært besøg den 5. april 2022 på Neurologisk Afdeling, SUH Roskilde

Ad. Dagordenspunkt 9: Orienteringspunkter

Sagsfremstilling:

- a. Møderne i NRLV den 12. oktober og 14. december 2022 er aflyst grundet valg mm.
- b. Referat af møde i Prognose- & Dimensioneringsudvalget den 21. september 2022
- c. Status projekt Uddannelseslæge.dk
- d. Opgørelser til SST pr. 1. november 2022
- e. Status for ansættelse af PKL i 2023
- f. Ændringer i Sekretariatet 2023

Ad a)

Som følge af folketingsvalg samt de fortsat igangværende regeringsforhandlinger har Sundhedsstyrelsen meddelt at også det planlagte møde i det Nationale Råd den 14. december udskydes til januar måned 2023. Datoen kedes endnu ikke.

Ad d)

Til orientering vedlægges indsendte opgørelser til SST over både introduktions- som hoveduddannelsesstillinger.

For hele 2022 har der været i alt 43 ubesatte h-forløb ud af i alt 470 opslåede forløb. Af de 43 ubesatte forløb er de 23 i Almen Medicin, heraf 2 i Region Hovedstaden.

De 20 ubesatte h-forløb i øvrige specialer (Akutmedicin, Arbejdsmedicin, IM: Geriatri, IM: Nefrologi og IM: Reumatologi) udgøres af 58 årsværk i Region H og knap 40 årsværk i Region S.

Ad e)

Der blev opslået i alt 12 PKL-stillinger til besættelse i 2023. Ved ansøgningsfristens udløb var der indkommet i alt 17 ansøgninger.

Der afholdes ansættelsessamtaler den 1. og 3. marts 2023.

Ad f)

Lise Møller fratræder som sekretariatschef i løbet af 1. halvår 2023 men fortsætter som ansat i Sekretariatet. Stillingsopslag kan findes [her](#)

Herudover vil der blive opslået en AC-konsulentstilling til besættelse i 2023.

Indstilling:

De enkelte punkter behandles på anmodning.

Bilag:

Bilag 09.01 Referat af møde i Prognose- & Dimensioneringsudvalget den 21. september 2022

Bilag 09.02 Status projekt Uddannelseslæge.dk

Bilag 09.03 Indberetning i-stillinger pr. 1. november 2022

Bilag 09.04 Indberetning h-forløb 2. halvår 2022

Det var ingen kommentarer til orienteringspunkterne.

Ad. dagordenspunkt 10: Nyt fra Region Sjælland, Region Hovedstaden, Færøerne og PKL

Sagsfremstilling:

De to regioner, Færøerne samt PKL orienterer kort om nyheder.

Region Sjælland bedes inkludere orientering om den nye lægevagts ("1818") betydning for uddannelsen af intro- og hoveduddannelseslæger i Almen Medicin.

Indstilling:

Rådet bedes tage orienteringen til efterretning.

Nyt fra PKL

Der kommer nogle ændringer i finansiering af CAMES Rigshospital, og derfor kan afdelingerne forvente regningen pålagt fremadrettet. Det kan dog være en udfordring for de små afdelinger. Det kunne være fornuftigt at spørge de andre regioner om, hvordan de finansierer deres simulations-baserede træning. Dette var måske indsamlet under revisionsarbejde. Samarbejdet mellem CAMES, Rigshospitalet og Regionen skal styrkes.

Mange af de nye UAO har overtaget opgaven uden en konkret overlevering fra forgængeren. Introduktionen til UAO-rollen bør styrkes, og PKL'erne bør have en væsentlig rolle ift. at sikre introduktionen.

Nyt fra Færøerne

Der er ikke noget nyt. Det går godt på Færøerne. Der er en stor pulje af færøske yngre læger, og der er 12 medicinske speciallæger.

Nyt Region Sjælland

Der er brugt meget tid på Almen Medicin, hvor der er oprettet netværksmøder for uddannelseslæger med mulighed for faglig sparring med hinanden. I den forbindelse er der også udpeget AP-UKYL. Derudover arbejder de også på at lave en fælles introduktion til KBU i Regionen. 1818-lægevagten er nu startet, og den er kommet godt i gang.

Nyt fra Region Hovedstaden

Indenfor Almen Medicin er der udviklet to nye redskaber til at støtte uddannelseslæger, herunder en app for fase 3 læger og en supervisionsportal. Appen sætter fokus på den administrative del af at være praktiserende læge, og den er blevet implementeret i alle fem regioner, da evalueringen har vist sig at være meget positiv. Supervisionsportalen er en krypteret portal, hvor uddannelseslæger kan gemme videoer af konsultationer, som kan bruges i forbindelse med supervision.

Ad. dagordenspunkt 11: Planlægning af temamøde mandag den 27. februar 2023

Sagsfremstilling:

Mødet er planlagt som et heldagsmøde i tidsrummet kl. 09.00 til senest 16.00.

Det er forventningen at mødet er placeret indenfor høringsfristen for den endelige rapport vedr. revisionsarbejdet.

Indstilling:

Rådet bedes drøfte forslag til evt. oplægsholdere ud over de udpegede medlemmer af de fire arbejdsgrupper. Herudover anmodes om ønsker til mødets form.

I forbindelse med temamøde den 27. februar 2023 kunne det være godt med eksterne oplægsholdere. Rådet bedes derfor sende forslag hurtigst muligt på mail til Lise Møller. Der er tale om at bede Søren Brostrøm komme og holde oplæg samt Anne Kaltoft (formanden for hjerteforeningen)

Ad. dagordenspunkt 12: Eventuelt

Ordet er frit

Ingen kommentarer til eventuelt.

Kommende møder

Mandag den 27. februar kl. 09.00 – senest 16.00 (NRLV 1. marts)

Tirsdag den 6. juni kl. 14.00 – 17.00 (NRLV 14. juni)

Torsdag den 14. september kl. 14.00 – 17.00 ((NRLV 20. september) **FLYTTET 1 uge**

Mandag den 4. december kl. 14.00 – 17.00 (NRLV 13. december)

Indstilling til Det Regionale Råd



REGION HOVEDSTADEN
REGION SJÆLLAND

CENTER HRU
KILDEGÅRDSVEJ 28, OPG. 3 A, S. SAL
DK-2900 HELLERUP
TLF.: 38669930

SAGSBEH.: Nanna Helmer SAGSNR.: 23001233
DIREKTE TLF.: 38669932 SAGSGRP.: 02.04.04
E-MAIL: Nanna.Helmer@regionh.dk DERES J.NR./REF.:

DATO: 17. februar 2023

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

Indstilling om ekstra hoveduddannelsesforløb i specialet Urologi jf. Dimensioneringsplanen 2022-2023

Grundet udvidelse i dimensioneringsplanen gældende 2022-2023, udvider specialet Urologi med ét hoveduddannelsesforløb om året, fra 6 til 7.
Specialet øges dermed fra 30 årsværk til 35 årsværk.

Uddannelsesrådet har, i tæt samarbejde med cheflægerne på alle 3 afdelinger, udarbejdet et forslag til en sammensætning af forløbet. Det følger tanken bag sidste indstilling fra 2016, hvor forløbene blev mere ensartede end før. Der var fuld enighed om sammensætningen af det faste forløb indstilles som følger: **24 mdr. SUH Roskilde – 12 mdr. Rigshospitalet – 24 mdr. Herlev-Gentofte.**
Denne sammensætning giver det bedste flow på afdelingerne, også i overgangen mellem det gamle rul og udvidelsen fra 6 til 7 hoveduddannelsesforløb.
Sammensætning af forløb inkl. udvidelsen er i steady state i 2027.

I nedenstående tabel er alle tal opgivet i årsværk (kalenderår)

	Nuværende (2022)	Efter æn- dring (2027)	Ændring
Region H	Hovedudd.	Hovedudd.	Hovedudd.
Herlev-Gentofte Hospital	15	17	+ 2
Rigshospitalet	5	6	+1
Region Sjælland			
Roskilde Sygehus	10	12	+2
Årsværk i alt	30	35	0

For at se en simplificeret sammensætning (i hele årsværk, opgjort fra opslagsdato) af kombinationen af det nuværende og det nye rul i overgangsperioden, se bilag 1, fane 2.

Uddannelsesrådet har ikke forholdt sig til økonomien, men der kræves en tilførsel af midler til afdelinger jf. gældende regler for nyetablerede hoveduddannelsesforløb i henhold til dimensioneringsplanen. Belægningen på afdelingerne vil være nogenlunde den samme i overgangsperioden 2023-2027 som den er nu, med mindre udsving (max 1-2 årsværk) pga. færdiggørelse af gamle forløb sideløbende med de nye. Se bilag 1, fane 2.

Bemærkninger fra Regionerne til indstillingen:

Region Sjælland: tiltræder indstillingen

Region Hovedstaden: tiltræder indstillingen

Sekretariatet anmoder om en **tilbage melding efter mødet i Det Regionale Råd 27. februar 2023** på, om Det Regionale Råd kan acceptere uddannelsesrådets indstilling for hoveduddannelsesforløb i specialet Urologi i Videreuddannelsesregion Øst.

Uddannelsesrådet ønsker at besætte det nye forløb i den nuværende runde, med tiltrædelse 1. maj 2023. Der afholdes ansættelsessamtaler 10. marts 2023.

Med venlig hilsen

– På vegne af uddannelsesrådet i urologi i Region Øst

Nanna Helmer

AC Fuldmægtig

NYT forløb fra 2023: 24 mdr. Roskilde – 12 mdr. RH – 24 mdr. Herlev

NYT 2023

Udvidelse

Udvidelse

Udvidelse

Udvidelse

HGH
RH
SUH

17	17	17 HGH	17 HGH
6	6	RH 6	RH 6
12	12	12 SUH	12 SUH

Ad. Dagordenspunkt 4: Indkomne inspektorrapporter mm. siden møde 1 december 2022

Sagsfremstilling:

Der er siden mødet i december indkommet 8 inspektorrapport (bilag 04.01 til 04.09).

”Grønne – gode” rapporter:

Inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 27. oktober 2022 på Hjertemedicinsk Klinik B – Rigshospitalet (bilag 04.01)

Inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 2. november 2022 på Afdeling for Patologi, Herlev-Gentofte Hospital (bilag 04.02)

Inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 10. november 2022 på Kirurgisk Afdeling, Nordsjællands Hospital, Hillerød (bilag 04.03)

Inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 17. november 2022 på Gastroenheden, Medicinsk sektion - Hvidovre Hospital (bilag 04.04)

”Gule” rapporter:

Inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 14. november 2022 på Afdelingen for kræftbehandling - Herlev Hospital (bilag 04.05)

Inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 27. oktober 2022 på Gynækologisk Obstetrisk Afdeling, Amager og Hvidovre Hospital (bilag 04.06)

Inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 4. oktober 2022 på Anæstesiologisk Afdeling - Hvidovre Hospital (bilag 04.07 og 04.08)

Inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 8. december 2022 på Næstved og Slagelse Sygehuse, Ortopædkirurgisk afd. (bilag 04.09)

Uddannelsesforholdene Psykiatrien Syd - Opfølgning på problematisk inspektorrapport

Inspektorbesøget blev gennemført den 4. november 2021. 2 temaer blev scoret ”særdeles problematiske” og 7 blev scoret ”utilstrækkelige” (bilag 04.10).

Det Regionale Råd drøftede inspektorrapporten på rådsmødet den 2. juni 2022. Det blev besluttet, at Rådet skulle følge op efter omkring 6 mdr.

Psykiatrien Syd fremsendte den 28. juli 2022 en status til SST (bilag 04.11), hvor det anføres, at det går fremad, og at der bl.a. er blevet ansat en UAO på afdelingen. Resume fra PKL-besøg i 2022 er desuden vedlagt (bilag 04.12).

Den 26. oktober 2022 modtager Sekretariatet en bekymringshenvendelse fra en HU-læge på afdelingen (bilag 04.13). Flere TR og UKYL har op til og efter bekymringsskrivelsen gjort opmærksom på, at der er problemer med uddannelsesmiljøet på afdelingen.

Efter drøftelse i uddannelsesrådet anmoder Sekretariatet om en redegørelse fra Psykiatrien Syd, som blev fremsendt den 16. januar 2023 (bilag 04.14). Endnu et PKL-besøg gennemførtes den 18. januar 2023 (bilag 04.15).

Der er pr. 1. februar 2023 blevet ansat en ny cheflæge på afdelingen, og der arbejdes på at arrangere et nyt inspektorbesøg snarest muligt. SST er blevet kontaktet af både afdeling og PKL.

Indstilling:

Det indstilles at alle de ”grønne” rapporter tages til efterretning.

Sekretariatet og de relevante uddannelsesråd følger op på de ”gule” rapporter.

Vedr. Psykiatrien Syd indstilles det, at uddannelsesforholdene drøftes og punktet tages op på det kommende møde i Det Regionale Råd i juni.

.

Bilag:

Bilag 04.01 Inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 27. oktober 2022 på Hjertemedicinsk Klinik B – Rigshospitalet

Bilag 04.02 Inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 2. november 2022 på Afdeling for Patologi - Herlev-Gentofte Hospital

Bilag 04.03 Inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 10. november 2022 på Kirurgisk Afdeling, Nordsjællands Hospital, Hillerød

Bilag 04.04 Inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 17. november 2022 på Gastroenheden, Medicinsk sektion - Hvidovre Hospital

Bilag 04.05 Inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 14. november 2022 på Afdelingen for kræftbehandling - Herlev Hospital

Bilag 04.06 Inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 27. oktober 2022 på Gynækologisk Obstetrisk Afdeling, Amager og Hvidovre Hospital

Bilag 04.07 Inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 4. oktober 2022 på Anæstesiologisk Afdeling - Hvidovre Hospital

Bilag 04.08 Kommentarer til rapport fra Anæstesiologisk Afdeling, Hvidovre Hospital

Bilag 04.09 Inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 8. december 2022 på Næstved og Slagelse Sygehuse, Ortopædkirurgisk afd.

Bilag 04.10 Inspektorrapport (4. november 2021)

Bilag 04.11 Handleplan fra Psykiatrien Syd sendt til SST

Bilag 04.12 Resume fra PKL-besøg i 2022 (24. april 2022)

Bilag 04.13 Bekymringsskrivelse fra HU-læge (26. oktober 2022)

Bilag 04.14 Svar fra Psykiatrien Syd vedr. bekymringshenvendelse (16. januar 2023)

Bilag 04.15 Resume fra PKL-besøg i 2023 (18. januar 2023)

Fra: [CHR-FP-Lægeuddannelsen](#)
Til: [Lise Møller](#); [Nanna Helmer](#)
Emne: VS: Om inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 27. oktober 2022 på Hjertemedicinsk Klinik B - Rigshospitalet.
Dato: 25. november 2022 11:52:58

Fra: Benni Bees <beb@SST.DK>

Sendt: 25. november 2022 10:34

Emne: Om inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 27. oktober 2022 på Hjertemedicinsk Klinik B - Rigshospitalet.

Inspektorrapporten fra besøget findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside – <https://www.sst.dk/da/-/media/Inspektorrapporter/Oest/Rigshospitalet/Kardiologi/Inspektorrapport-271022.ashx>

Vi har følgende kommentarer:

Det drejer sig om et rutinebesøg på Hjertemedicinsk Klinik B, Rigshospitalet. Afdelingen uddanner læger i introduktions- og hoveduddannelsesforløb. Der er ansat 8 læger i Introduktionsstilling i intern medicin: Kardiologi samt 21 læger i hoveduddannelsesstilling (i intern medicin Kardiologi og Lungesygdomme).

Afdelingens selvevalueringsrapport er udarbejdet af 15 af de 29 uddannelseslæger, samt 15 af ca. 40 speciallæger.

Ved inspektorbesøget deltog et bredt udvalg af relevante parter: 10 uddannelseslæger, 11 speciallæger foruden den uddannelsesansvarlige og den ledende overlæge. Fra sygehus/centerledelsen deltog den lægefaglige vicedirektør, centerdirektøren og cheflægen. Af øvrige relevante faggrupper deltog 4 sygeplejersker.

Inspektorerne og afdelingen er i fuld overensstemmelse vedrørende temascoringerne, da de vurderer alle 16 temaer ens med hhv. 7 "tilstrækkelige" og 9 "Særdeles gode" temavurderinger.

Inspektorerne beskriver en stor, højt specialiseret afdeling, med et meget velfungerende uddannelsesmiljø. Der beskrives bl.a. en positiv konferencekultur og stor tilgængelighed af speciallæger, der gerne giver supervision og vejledning foruden et varieret og omfattende undervisningsprogram.

Siden 2020 har to UAO'er, sammen med to UKYL'er, arbejdet systematisk med afdelingens uddannelsesstruktur og der er også god inddragelse af yngre læger i afdelingens aktive forskningsmiljø.

Grundet den høje specialiseringsgrad og de komplekse patienter, kan det være svært for I-lægerne, og det er en udfordring, at de får nok relevante funktioner. Inspektorerne foreslår derfor at I-stillingerne fremadrettet opdeles i 2 x 6 mdr, således at I-lægerne halvdelen af tiden har ansættelse på en anden intern medicinsk afdeling.

Der er et stigende antal H-læger med 80/20 ansættelser (20% forskning, masteruddannelse ex), og både afdelingsledelsen, special- og uddannelseslæger samt Inspektorerne udtrykker bekymring for, om dette vil medføre et fragmenteret og dårligere klinisk uddannelsesforløb for de pågældende uddannelseslæger, ligesom mange af sådanne ansættelser medfører en større vagtbelastning for de uddannelseslæger, der "kun" arbejder klinisk, idet de får mere vagtarbejde og mindre sammenhængende dagstidsfunktion. Inspektorerne opfordrer afdelingen til at overveje, hvor mange af sådanne samtidige ansættelsestyper, man kan honorere, uden at give køb på den kliniske uddannelse.

Besøget var forsinket, idet seneste besøg var tilbage i 2012 og tidligere rapport foreligger ikke, hvorfor tidligere indsatsområder ikke kendes.

Under besøget har afdelingen og inspektorer aftalt fokus på følgende indsatsområder:

1. Struktureret feedback
2. Struktureret kompetencevurdering
3. Introduktion til nye funktioner ved søjleskift
4. Fokuseret undervisning af I-læger
5. Tid til UKYL/UAO samarbejde
6. I-stillinger med opdeling i 6 x 2 mdr, kombination med anden intern medicinsk afdeling

Der er beskrevet konkrete forslag til løsningsmuligheder i rapporten. Sundhedsstyrelsen bakker op om indsatsområderne 1-5, da det vurderes, at de kan bedre afdelingens uddannelse.

Forslaget omkring opdeling af I-stillingerne, så I-lægerne også får erfaring fra en mere bred, intern medicinsk afdeling og sikrer de kan få opfyldt deres kompetencer, vil ud fra det beskrevne uden tvivl optimere uddannelsespotentialet for lægerne, hvilket Sundhedsstyrelsen bakker op om; de strukturelle og økonomiske forhold vedr. ændringer af stillingerne forholder Sundhedsstyrelsen sig dog ikke til. Vedrørende 80/20 ansættelser, er Sundhedsstyrelsen enige med Inspektorerne i, at det er vigtigt, at afdelingen er opmærksomme på uddannelsesforholdene både for de uddannelseslæger, der har disse ansættelser og for dem, der er ansat 100% i klinikken.

Grundlæggende er der tale om en stor, højt specialiseret, og velfungerende uddannelsesafdeling. Afdelingen gør et kontinuerligt stort arbejde for den lægelige videreuddannelse, hvorfor ovenstående indsatsområder skal ses som led i at løfte et allerede godt uddannelsesniveau endnu højere.

Der planlægges et rutinebesøg igen i efteråret 2026 eller snarest derefter.

Henvendelser vedrørende Inspektorordningen kan ske til Pia Lykke Wise, plwi@sst.dk, tlf. 2012 0713 eller Benni Bees, beb@sst.dk, tlf. 7222 7884.

Med venlig hilsen

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



SUNDHEDSSTYRELSEN

Læs [her](#) om hvordan Sundhedsstyrelsen behandler personoplysninger.

[Twitter](#) • [LinkedIn](#) • [Facebook](#) • sst.dk

Inspektorrapport

SST-id	INSPBES-00001733
Afdelingsnavn	Hjerteremedicinsk Klinik B
Hospitalsnavn	Rigshospitalet
Besøgsdato	27-10-2022

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 afholder kort efter ansættelse en introduktions-/karrieresamtale med HU-lægen hvor cheflægen, UAO'er og søjleansvarlige overlæger deltager. Her gennemgås uddannelsesplan, forventninger til opholdet og karriereønsker.

Næste besøg

Rutinebesøg om 4 år	Ja
Anbefalet tidshorisont	48

Deltagere

Sygehus/Centerledelse	3. Lægefaglig vicedirektør, centerdirektør og cheflæge
Speciallæger	11
Uddannelsessøgende læger	10
Andre	4 sygeplejersker

Dokumenter

Godkendt af afdelingen	Ja

Aftaleparter

Ledende overlæge	Søren Boesgaard
Uddannelsesansvarlig overlæge	Niels Risum og Rikke Sørensen
Inspektør 1	Jens Refsgaard
Inspektør 2	Dorte Guldbrand Nielsen
Evt. inspektør 3	

Dokumenter

Konklusion og kommentar til besøg	Besøget var et forsinket rutinebesøg, idet afdelingen sidst har haft inspektørbesøg i 2012. Hjertemedicinsk Klinik er en stor højtspecialiseret kardiologisk afdeling uden eget optageområde, hvilket medfører et meget selekteret patientindtag, hvor de fleste patienter er visiteret forud.

	Afdelingen er opdelt i faglige søjler efter subspecialer og har meget høj forskningsaktivitet med god mulighed for inddragelse af yngre læger. Afdelingen har et godt læringsmiljø med en positiv konferencekultur og stor tilgængelighed af speciallæger, som gerne giver supervision og vejledning. Det daglige undervisningsprogram er varieret samt omfattende og afholdes systematisk. Afdelingen har i 2020 fået to nye UAO'er som har arbejdet systematisk med afdelingens uddannelsesstruktur. Alle HU-læger søjleallokeres efter en forud defineret plan til de fleste subspecialer. Øvrige subspecialer kan indgå i forløbet efter aftale. Uddannelsesplaner foreligger for alle læger. Indtil nu har dette ikke været efter en forud defineret skabelon, men en sådan er netop blevet præsenteret. De to UAO'er arbejder sammen med to UKYL'er, hvoraf én er reservelæge og den anden 1.reservelæge. Samarbejdet er godt, men der er ikke afsat tid til samarbejds møder. UAO'erne varetager uddannelsesopgaven som en del af den øvrige administrative tid. Der er god opbakning til UAO'erne og uddannelsestiltag fra afdelingsledelsen, som har deltaget aktivt i inspektorbesøget. Generelt oplever inspektorerne således en yderst velfungerende uddannelsesafdeling med fokus på opgaven og et ønske om at levere et godt uddannelsesmiljø.

	Der er enkelte emner fra SWOT-analysen, som bør have særlig fokus i afdelingens videre uddannelsesarbejde. Afdelingen har et stigende antal HU-læger, som har 80/20 ansættelser (20% forskning, masteruddannelse mm.). Der udtrykkes fra både speciallæger, uddannelseslæger og afdelingsledelsen bekymring for om denne ansættelsesform giver for fragmenteret uddannelse og et dårligere klinisk uddannelsesforløb, idet der bliver færre sammenhængende arbejdsdage. Et stort antal af sådanne ansættelser vil også kunne få indflydelse på HU-læger i 100% ansættelse, idet det kan øge vagtarbejdet for de resterende og dermed også reducere kollegernes mulighed for sammenhængende dagstidsfunktion. Afdelingen bør således overveje hvorledes man fremadrettet vil forholde sig til disse ansættelsestyper, samt om der er en grænse for mange af denne type forløb, man kan honorere. På grund af afdelingens høje specialiseringsgrad, viser både SWOT-analyse og interviews med såvel uddannelseslæger som speciallæger, at det kan være udfordrende at give relevante uddannelsesfunktioner til læger i I-stilling. Med baggrund i målbeskrivelsen for introduktionsstilling i intern medicin, finder inspektorerne således ikke at I-stillinger med 100% ansættelse på Hjertemedicinsk Klinik vil kunne opfylde målbeskrivelsens krav. Vi opfordrer derfor til at alle I-stillinger fremadrettet indebærer 2 x 6 mdr. kombineret med ansættelse på anden intern medicinsk afdeling.
Status for indsatsområder	Tidligere rapport fra seneste besøg i 2012 foreligger ikke.
Aftale mellem inspektorer og afdelingen	Nr. 1 Indsatsområde: Struktureret feedback Forslag til indsats: Genindførelse af 360 graders evaluering.

	Dette giver mulighed for tværfaglig feedback til den uddannelsessøgende læge og et legitimt rum til at gennemgå alle 7 lægerollger. Vigtigt at evalueringen afsluttes med en udviklingsplan. Tidshorisont: måneder Nr. 2 Indsatsområde: Struktureret kompetencevurdering Forslag til indsats: Oprettelse af kompetencevurderingsmøder. De uddannelsessøgende læger medbringer cases der passer til emnet for det aftalte møde. Der deltager 2 speciallæger med hver sin vinkel på emnet. Metoden giver mulighed for læring yngre læger imellem og en større sikkerhed for at kompetencen reelt er opnået før denne godkendes i logbogen. Tidshorisont: måneder Nr. 3 Indsatsområde: Introduktion til nye funktioner Forslag til indsats: Fokus på introduktion til nye arbejdsopgaver ved søjleskift. Man kan eventuelt inddrage andre faggrupper, idet sygeplejerskegruppen ved inspektorbesøget var meget velvillige til at deltage. Tidshorisont: måneder

	Nr. 4 Indsatsområde: Fokuseret undervisning til I-læger Forslag til indsats: Morgenundervisning rettet mod I-læger med fokus på kompetencer, der skal opnås ifølge målbeskrivelsen. Undervisningen kan være som parallel undervisning mens afdelingens øvrige læger undervises i et andet emne. Tidshorisont: måneder Nr. 5 Indsatsområde: Tid til UKYL/UAO samarbejde Forslag til indsats: Der lægges tid i arbejdsplanen til uddannelsesadministration og fællesmøder i uddannelsesteamet. Nr. 6 Indsatsområde: I-stillinger Forslag til indsats: Alle I-stillinger bør være 2 x 6 mdr. i kombination med anden intern medicinsk afdeling. Tidshorisont: op til 1 år

Fra: [CHR-FP-Lægeuddannelsen](#)
Til: [Lise Møller](#); [Lisbeth Selchau-Hansen](#)
Emne: VS: Om inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 2. november 2022 på Afdeling for Patologi - Herlev-Gentofte Hospital.
Dato: 16. december 2022 11:13:27

Fra: Benni Bees <beb@SST.DK>

Sendt: 15. december 2022 15:32

Emne: Om inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 2. november 2022 på Afdeling for Patologi - Herlev-Gentofte Hospital.

Inspektorrapporten fra besøget findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside – <https://www.sst.dk/da/-/media/Inspektorrapporter/Oest/Herlev-og-Gentofte-Hospital/Patologi/Inspektorrapport-021122.ashx>

Vi har disse kommentarer:

Det drejer sig om et rutinebesøg, seneste besøg var i juni 2016. I 2016 var de aftalte fokusområder fokus på arbejdspladser til 4. års kursister, fokus på den formelle opbygning af referater for vejledersamtaler, fokus på at uddanne og opkvalificere vejlederrollen.

Afdelingen er fordelt på to matrikler (Herlev og Gentofte), dette inspektorbesøg blev gået på Herlev matriklen med virtuel deltagelse fra læger på Gentofte matriklen.

Afdelingen uddanner introduktionslæger (4) og hoveduddannelseslæger (7) i patologisk anatomi såvel som i retsmedicin. Afdelingen har 30 speciallæger. 15 læger har vejlederkursus.

I selvevalueringen har deltaget UAO samt yderligere 12 overlæger, 2 UKYLER (afdelingslæger) samt en afdelingslæge yderligere, 4 hoveduddannelseslæger og 3 introduktionslæger.

Ved inspektorbesøget deltog vicedirektør ved Herlev Hospital og konstitueret cheflæge, >23 speciallæger (nogle via teams), 11 uddannelseslæger (nogle via teams), 3 sekretærer, 1 afdelingsbioanalytiker og to repræsentanter fra molekylær patologiske afsnit.

Afdelingens egen temascore består udelukkende af "særdeles god", mens inspektorerne scorer temaet "undervisning som afdelingen giver" "tilstrækkelig" mens de resterende 15 temaer scores "særdeles god".

Inspektorerne beskriver en særdeles velfungerende afdeling med stort fokus på afdelingens uddannelsesmiljø. Der beskrives stor velvilje og imødekommenhed fra speciallægegruppen til at lære fra sig, og adgangen til supervision er god. I den brystpatologiske del af afdelingen beskrives stort driftspres, der kan påvirke uddannelsen. I de øvrige søjler beskrives dette pres dog mindre. De uddannelsessøgende på Gentofte matriklen kan ikke deltage i undervisningen på Herlev, hvilket er med til at påvirke fællesskabsfølelsen. Der er allerede iværksat initiativer for at imødekomme ovenstående udfordringer. Afdelingen har aktuelt to UKYL'er der begge er speciallæger, dette har tidligere været en speciallæge og en uddannelseslæge, men grundet udflytning af Gentofte matriklen er det aktuelt to speciallæger der varetager funktionen, dette er planlagt til at vare et år, hvorefter planen igen er at den ene UKYL rolle overtages af en uddannelseslæge.

Der beskrives en meget dedikeret uddannelsesafdeling, med mange relevante uddannelsesrettede initiativer herunder undervisningen.

Statusområderne fra rapporten i 2016 beskrives at indsatserne omkring den formelle

opbygning af referater for vejledersamtaler samt fokus på at uddanne og opkvalificere vejlederrollen er opfyldte, mens fokusområdet omkring arbejdspladser for 4. års kursister ej er berørt.

I forbindelse med besøget opstilles følgende indsatsområder aftalt mellem inspektorerne og afdelingen.

1. Fokus på at synliggøre afdelingen forskning
2. Fokus på den formaliserede undervisning.

Indsatsområderne er velbeskrevne og der er opstillet relevante tidshorisonter for gennemførelse.

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

Der er tale om en afdeling med et særdeles velfungerende uddannelsesmiljø. Sundhedsstyrelsen anerkender det arbejde der ligger i vedvarende, over lange perioder at fastholde et godt læringsmiljø, særligt med uddannelse på flere matrikler. Ovenstående indsatsområder skal ses som trin i at løfte et allerede godt uddannelsesmiljø endnu højere.

Der planlægges med, at næste inspektorbesøg finder sted som et rutinebesøg om 4 år eller snarest muligt derefter.

Henvendelser vedrørende Inspektorordningen kan ske til Pia Lykke Wise, plwi@sst.dk, tlf. 2012 0713 eller Benni Bees, beb@sst.dk, tlf. 7222 7884.

Med venlig hilsen

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



SUNDHEDSSTYRELSEN

Læs [her](#) om hvordan Sundhedsstyrelsen behandler personoplysninger.

[Twitter](#) • [LinkedIn](#) • [Facebook](#) • sst.dk

Inspektorrapport

SST-id	INSPBES-00002580
Afdelingsnavn	Afdeling for Patologi
Hospitalsnavn	Herlev og Gentofte Hospital
Besøgsdato	02-11-2022

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	Vicedirektør, Herlev Hospital og konstitueret cheflæge
Speciallæger	> 23 (nogle via Teams)
Uddannelsessøgende læger	11 (nogle via Teams)
Andre	3 sekretærer, 1 afdelingsbioanalytiker og to repræsentanter fra Molekylær Patologisk Afsnit

Dokumenter

Godkendt af afdelingen	Ja

Aftaleparter

Ledende overlæge	Helle Knudsen
Uddannelsesansvarlig overlæge	Birgitte Bols
Inspektor 1	Kirsten Quyen Nguyen Knudsen
Inspektor 2	Bente Sørensen
Evt. inspektor 3	

Dokumenter

Konklusion og kommentar til besøg	Det drejer sig en stor patologiafdeling med 30 speciallæger og 11 uddannelseslæger fordelt på to matrikler (Herlev og Gentofte). Dette er afdelingens 3. inspektorbesøg, der fandt sted på Herlev matriklen. Til besøget deltog introlæger og H-læger, heraf en under uddannelse til retsmedicin. Såvel uddannelseslæger som speciallæger fra Gentofte matriklen deltog via Teams.

	Det er inspektorerne indtryk, at det drejer sig om en afdeling med stort fokus på et godt uddannelsesmiljø. Der er stor imødekommenhed og velvilje fra speciallægegruppen til at lære fra sig, og adgangen til supervision er nem. På Herlev er der gode fysiske rammer. Afdelingen er dog ganske udfordret efter, at regionens brystpatologi pr. 1/9 er samlet i Gentofte. Brystpatologien varetages af aktuelt 3 speciallæger og matriklen er derfor underlagt et enormt driftspres, der påvirker uddannelsen. Den makroskopiske håndtering af præparater fylder mere end vanligt med mindre mikroskopitid til følge. De uddannelsessøgende inddrages i mindre grad/ikke i frysesnitsundersøgelse og deltager aktuelt ikke i mamma MDT. MDT deltagelse synes dog at være integreret i de øvrige søjler, hvor de uddannelsessøgende fremlægger egne præparater. For at imødekomme driften er muligheden for subspecialisering af H4 læger i slutningen af deres forløb også blevet mere begrænset. De uddannelsessøgende på Gentofte matriklen har ikke mulighed for at deltage i undervisningen på Herlev, og der er generelt manglende følelse af fællesskab. Særlige tiltag fra afdelingens side relateret til ovenstående udfordringer: Der arbejdes aktuelt på en Visiopharm baseret digitalisering af mammapatologen. Antallet af speciallæger på Gentofte matriklen forventes pr. 1/1-2023 øget til 5 speciallæger, og der er i den forbindelse planer om at indføre undervisning på matriklen samt at geninddrage de uddannelsessøgende i frys og MDT. Inspektorerne har under besøget talt med sygehusledelsen om udfordringen i at skabe fællesskab mellem to lokaliteter. Afdelingen har en involveret UAO og to UKYL'er. Vanligvis varetages UKYL funktionen af en afdelingslæge og en

reservelæge, men opgaverne er aktuelt udlagt til en afdelingslæge på hver matrikel pga. af den nylige udflytning til Gentofte. Planen er at vende tilbage til den tidligere konstellation af en afdelings- og reservelæge efter et år, hvilket også efterspørges af de uddannelsessøgende læger.

Der findes et udførligt introduktionsprogram, som gennemføres inden for de første måneder med mindre tidsmæssige justeringer.

Vejledergruppen består af speciallæger samt H3- og H4-læger, der er blevet vejledere af lyst. Alle vejledere har gennemgået vejlederkursus og får udleveret "Vejledning af Læger under Uddannelse" af Eika B, et al. UAO afholder årlige vejlederudvikingssamtaler med den enkelte vejleder. Der afholdes regelmæssige vejledersamtaler med de uddannelsessøgende læger, som efterfølgende skriver referat. Inspektorerne nævner ensrettede skabeloner som et værktøj til begge parter for at komme relevante punkter igennem, og som en hjælp til den uddannelsessøgende i forbindelse med forberedelse til samtalen.

Afdelingen benytter systematisk EPA til kompetencevurdering.

Undervisningen planlægges af UKYL og foregår én gang om ugen af en varighed på 30 min. Der er skiftevis undervisning ved en uddannelsessøgende læge og en speciallæge, og til undervisningen deltager de uddannelsessøgende læger. Det er indtrykket, at undervisningen kan blive glemt i en travl hverdag.

Undervisningen sker i form af præparatfremvisning ved et 10-armet mikroskop. De uddannelsessøgende efterlyser afveksling mellem casefremvisning og mere formaliseret undervisning.

	Der findes ingen journal club, men de uddannelsessøgende læger fremlægger en artikel under de enkelte søjleophold. 1 gang/mdr. afholdes AC møde for alle afdelingens akademikere, hvor indholdet primært er af driftsmæssig karakter. Der er god mulighed for forskning, men de uddannelsessøgende efterlyser mere synliggørelse heraf. Ud over basisintroduktion til IHC og cytologi, tilbyder afdelingen et 2½ praktisk kursus i molekylærbiologiske teknikker suppleret med formaliseret undervisning, der vanligvis afholdes kvartalsvist. Der er planer om at supplere med ad hoc fredagssessioner hos Molekylær Enheden i udvalgte molekylærpatologiske analyser, hvor de uddannelsessøgende har mulighed for at opnå de nødvendige molekylærbiologiske kompetencer jf. den nye målbeskrivelse.
Status for indsatsområder	Indsats 1: ej berørt Indsats 2-3: opfyldte
Aftale mellem inspektorer og afdelingen	Nr. 1 Indsatsområde: Synliggørelse af forskning Forslag til indsats: a) Sætte forskning på som et punkt i "Introduktionsplan for nye medarbejdere". b) UOA og afdelingsledelsen nævner selv opdatering af afdelingens forskningskatalog Tidshorisont: Ad a): straks Ad b): måneder-1 år

	Nr. 2 Indsatsområde: Formaliseret undervisning Forslag til indsats: Vekslen mellem præparatfremvisning og teoretisk undervisning fx vha. Power Point og evt. journal club hvor man med fordel kan inddrage afdelingens ph.d.-studerende og uddannelsessøgende med ph.d.-grad. De sidstnævnte muligheder vil også muliggøre online deltagelse af de uddannelsessøgende læger på Gentofte. Tidshorisont: 3-6 mdr.

Fra: [CHR-FP-Lægeuddannelsen](#)
Til: [Karina Heuer Bach](#)
Cc: [Lise Møller](#); [Birgitte Rønn](#); [Tobias Kongstad-Hansen](#)
Emne: VS: Om inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 10. November 2022 på Kirurgisk Afdeling, Nordsjællands Hospital, Hillerød.
Dato: 27. januar 2023 09:47:25

Fra: Pia Lykke Wise <PLWI@SST.DK>

Sendt: 27. januar 2023 09:32

Emne: Om inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 10. November 2022 på Kirurgisk Afdeling, Nordsjællands Hospital, Hillerød.

Inspektorrapporten fra besøget findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside – <https://www.sst.dk/da/-/media/Inspektorrapporter/Oest/Nordsjaellands-Hospital/Kirurgisk-Afdeling/Inspektorrapport-101122.ashx>

Vi har disse kommentarer:

Der er tale om et rutinebesøg, ifølge afdelingen er seneste inspektorbesøg gået i 2011/2012, og er grundet skift af IT-system ved Sundhedsstyrelsen ikke tilgængelig.

Afdelingen uddanner KBU (16-20 pr år), intro (4 pr år) og hoveduddannelseslæger (8 i kirurgi, 2 i gynækologi og obstetrik, 12-16 i almen medicin). Afdelingen har 23 speciallæger. Afdelingen har 14 vejledere, af dem har 9 vejlederkursus mens 3 er tilmeldt kursus.

I selvevalueringen har deltaget 16 uddannelseslæger (KBU, intro, HU kirurgi og HU almen) samt næsten alle afdelingens speciallæger.

Ved inspektorbesøget deltog den lægefaglige vicedirektør, cheflæge, UAO, UKYL, 3 overlæger, 3 afdelingslæger, 12 uddannelseslæger (KBU, intro, HU almen medicin, HU gynækologi/obstetrik, HU kirurgi), 3 reservelæger post intro, 5 sygeplejersker.

På temascoringen score inspektorer såvel som afdeling selv primært "tilstrækkelig". Afdelingen selv score "konferencens læringsværdi" og "arbejdstilrettelæggelse" "utilstrækkelig", mens inspektorerne score disse temaer "tilstrækkelig". Inspektorerne score temaerne "Introduktion til afdelingen", "undervisning som afdelingen giver" og "læringsmiljø på afdelingen" "særdeles god".

Inspektorerne beskriver en velforberedt afdeling, med et godt uddannelsesmiljø. Tidligere har afdelingen haft udfordringer med hård tone og kritik i forbindelse med supervision, dette beskrives dog at være løst efter det har været taget op i overlægegruppen. Ved nuværende inspektorbesøg giver uddannelseslægerne udtryk for stor tilfredshed med det kollegiale samarbejde, supervision og afdelingens uddannelseskultur.

I forbindelse med besøget opstilles følgende indsatsområder aftalt mellem inspektorerne og afdelingen.

1. Fokus på fokuserede ophold i endoskopien samt i colon team
2. Fokus på at skemalægning muliggør nødvendige fokuserede ophold og fokusområder

Indsatsområderne er uddybet med forslag til indsatser og der er opstillet relevante tidshorisonter for gennemførelse.

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

Der er tale om en afdeling med gode faglige kompetencer, og et ønske om at prioritere

uddannelse højt. Ovenstående indsatsområder skal ses som trin i at løfte et allerede godt uddannelsesmiljø endnu højere.

Der planlægges med, at næste inspektorbesøg finder sted som et rutinebesøg om 4 år eller snarest muligt derefter.

Henvendelser vedrørende Inspektorordningen kan ske til Pia Lykke Wise, plwi@sst.dk, tlf. 2012 0713 eller Benni Bees, beb@sst.dk, tlf. 7222 7884.

Med venlig hilsen

Pia Lykke Wise

Pia Lykke Wise

Sekretær
Sekretariatet for Inspektorordningen
plwi@sst.dk
Direkte tlf: 2012 0713

Sundhedsstyrelsen
Uddannelsesenheden
SSTuddannelse@sst.dk



Læs [her](#) om hvordan Sundhedsstyrelsen behandler personoplysninger.

[Twitter](#) • [LinkedIn](#) • [Facebook](#) • sst.dk

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-00000430
Afdelingsnavn	Kirurgisk afdeling
Hospitalsnavn	Nordsjællands Hospital
Besøgsdato	10-11-2022

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	Inden opstart af ny uddannelseslæge sendes mail ude til relevant personale med kort præsentation, billede og fokus

Næste besøg

Rutinebesøg om 4 år	Ja
Anbefalet tidshorisont	48

Deltagere

Sygehus/Centerledelse	Lægefaglig Vicedirektør
Speciallæger	6 (3 Overlæger + 3 Afdelingslæger)
Uddannelsessøgende læger	15 (2 KBU + 4 HU Almen + 1 HU Gyn + 3 Intro + 5 HU kir)
Andre	UAO, UKYL, Cheflæge, 3 Post intro, 5 Sygeplejesker

Dokumenter

Godkendt af afdelingen	Ja

Aftaleparter

Ledende overlæge	Peter Olsen Svenningsen
Uddannelsesansvarlig overlæge	Randi Beier-Holgersen
Inspektor 1	Søren Michelsen Bach
Inspektor 2	Camilla Olsdal Damkjær
Evt. inspektor 3	

Dokumenter

Konklusion og kommentar til besøg	Før besøget var der fremsendt selvevaluering samt SWOT analyse og herudover et omfattende materiale med bl.a uddannelsesprogrammer, eksempler på uddannelsesplaner/samtaler samt introduktionprogram for nye læger samt dokumentation for undervisning. Generelt var der igennem hele dagen flot opbakning og deltagelse til besøget. Afdelingen havde forud for inspektorbesøget taget hensyn i arbejdstilrettelæggelsen, hvilket gjorde det muligt at interviewe alle relevante faggrupper.

	Uddannelseslægerne tildeles alle hovedvejleder inden opstart og der afholdes, med enkelte undtagelser, introduktionssamtaler indenfor de første 14 dage. Alle har fået lavet uddannelsesplaner med varierende detaljering. Specielt må fremhæves, at der efter opstart af nye læger, sendes mail ude til teamet med kort præsentation, billede og fokus. Dette påskønnes af uddannelseslægerne. Fraset 3, har alle hovedvejledere, vejlerkursus og de resterende er tilmeldte. Afdelingens uddannelseslæger giver udtryk for stor tilfredshed med det kollegiale samarbejde, supervision og uddannelseskulturen på afdelingen. Der har tidligere været beskrevet en lidt hård tone og kritik i forbindelse med supervision. Dette har været taget op på flere speciallægemøder, hvilket har haft en positiv virkning. Morgenkonferencen er struktureret med mulighed for at diskutere relevante patienter og gennemgå CT skanninger med stor læringsværdi. Bagvagten deltager ikke altid, da der ikke ydes honorering for morgenkonferencen. Mellemvagten står således ofte for overleveringen, hvilket i starten kan virke utrygt, da mellemvagten ikke altid kan argumentere for valg foretaget i vagten, men som erfaringen bliver større, vokser man med opgaven. Inspektoren finder også en stor læringsværdi i at kunne overlevere til en samlet gruppe og reflektere over de valg der er foretages i vagten, dog kan man frygte at visse informationer går tabt. Vagtstrukturen er tilrettelagt med overlægevagt på tilkald. Bagvagt (Speciallæge/HU kir) læge i tilstedeværelse og mellemvagt (HU/intro) samt KBU i forvagt. Der er generel gode muligheder for supervision og vagtlagene føler at der er god backup. Ambulatoriefunktionen varetages også af uddannelseslæger i forskellige forløb. De er tilrettelagt specifikt efter uddannelsesniveau hvor AP lægerne, med stor

	læringsværdi, ser mange patienter med f.eks. hernier, galdestensygdomme og simple anal lidelser. Man ønsker fra de yngre læger et fokuseret ophold på endoskopisk afd. mhp. fast track oplæring af skopier, således man også bliver en ressource for afdelingen. Alle læger deltager i stuegangsfunktion, og sygeplejerskerne støtter de nye uddannelseslæger og giver udtryk for godt samarbejde og arbejdsmiljø. Der ønskes fra uddannelseslægerne i intro og HU i kirurgi mere opmærksomhed på bl.a fokuseret koloskopi oplæring, hvilket er under udvikling og mere colon (del)kirurgi. Der er enighed blandt uddannelseslægerne om at kompetencerne opnåes ift. uddannelsesprogrammerne.
Status for indsatsområder	Der fremgår ikke dokumentation på SST's hjemmeside fra tidligere inspektorbesøg
Aftale mellem inspektorer og afdelingen	Nr. 1 Indsatsområde: Fokuserede ophold i endoskopien samt i colon teamet Forslag til indsats: Skemalagt fokuserede forløb i henholdsvis endoskopien samt i colon teamet. Tidshorisont: 6-12 mdr. Nr. 2 Indsatsområde: Mere indflydelse på skemaplanlægning både i henhold til fokuserede ophold, men også mere kortsigtet mht. fokusområder/indsatsområder. Forslag til indsats: Skemaplanlægningen tages tilbage til kirurgisk afdeling el. optimering af samarbejdet ml. central skemaplanlægger og skemaansvarlig på afdelingen. Tidshorisont: 12 mdr.

Fra: [CHR-FP-Lægeuddannelsen](#)
Til: [Ulrik Dyrbye Hansen](#)
Cc: [Lise Møller](#); [Birgitte Rønn](#); [Tobias Kongstad-Hansen](#)
Emne: VS: Om inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 17. november 2022 på Gastroenheden, Medicinsk sektion - Hvidovre Hospital.
Dato: 13. januar 2023 14:08:00

Fra: Benni Bees <beb@SST.DK>

Sendt: 13. januar 2023 13:53

Emne: Om inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 17. november 2022 på Gastroenheden, Medicinsk sektion - Hvidovre Hospital.

Inspektorrapporten fra besøget findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside – https://www.sst.dk/da/-/media/Inspektorrapporter/Oest/Amager-og-Hvidovre-Hospital/Gastro_medicinsk/Inspektorrapport-171122.ashx

Vi har disse kommentarer:

Det drejer sig om et rutinebesøg på Gastroenheden, Medicinsk sektion på Amager og Hvidovre Hospital. Sidste inspektorbesøg var i september 2016.

Afdelingen uddanner læger i introduktions- og hoveduddannelsesforløb. Der er ansat 10 læger i hoveduddannelsesforløb og 4 læger i introduktionsforløb. Derudover har afdelingen 4 læger ansat i uklassificeret stilling med samme uddannelsesmæssige forløb som introduktionslægerne.

Afdelingens selvevalueringsrapport er udfyldt af 18 ud af afdelingens 24 speciallæger og 12 ud af 14 uddannelseslæger. Der blev afholdt et fællesmøde med deltagelse af 28 læger mhp. udarbejdelse af SWOT.

Afdelingens egen temascoring er overvejende 'tilfredsstillende' med 11/16 temaer i denne kategori, mens de resterende 5 temaer scorede 'særdeles god'.

Ved inspektorbesøget deltog sygehusdirektør, cheflæge, chefsygeplejerske, uddannelsesansvarlig overlæge, 12 speciallæger, 3 hoveduddannelseslæger, 2 introduktionslæger, 2 uklassificerede læger og 3 afdelingssygeplejersker. Inspektorrapportens temascoring er identisk med afdelingens egen beskrevet ovenfor.

Inspektorrapporten beskriver en afdeling med et velfungerende uddannelsesmiljø med et højt akademisk fagligt niveau. Indsatsområderne fra sidste inspektorbesøg er adresseret siden sidste besøg. Dog er der fortsat et ønske om mere supervision ifm. stuegang jf. nedenstående.

Der er efter aftale med afdelingen fremsat følgende indsatsområder:

1. Øget mulighed for supervision til stuegang, ambulatorier og skopier fx vha. en sweeper-funktion eller aftalt supervision. Der er for nyligt indført makkerpar' med fast supervisor i ambulatoriefunktionen
2. Øget supervision til hoveduddannelseslæger ifm. stuegang pga. fokus på medicinstuderende. Anbefales at I-læger i højere grad superviserer medicinstuderende, så speciallægerne kan supervisere uddannelseslægerne
3. Forsamtaler forud for forundersøgelser. Der er allokeret speciallæge til denne funktion
4. Struktureret vejledersamtale. Forslag om anvendelse af skabelon og sikre fokus på alle 7 lægeroller bl.a. ved udarbejdelse af inspirationsmateriale om, hvordan de enkelte lægeroller kan opnås og styrkes i afdelingen
5. Blidere opstart i afdelingen. Forslag om 2 dages følgefunktion ved stuegang
6. Tilbage melding fra speciallægemøder, hvor uddannelseslægernes kompetencer drøftes. Der anbefales ensartet tilbage melding til uddannelseslæger efter disse møder
7. Færre medicinstuderende på afdelingen. Dette administreres af Københavns

Universitet. Samme forslag som under indsatsområde 2

8. Opfordring om at flere yngre læger er på arbejde ved næste inspektorbesøg. Dog har størstedelen af afdelingens læger deltaget i afdelingens selvevaluering og fællesmøde

Inspektorerne opstiller en række indsatsområder. Sundhedsstyrelsen forholder sig ikke til indsatsområder af mere strukturel karakter, da det falder udenfor inspektorordningens rammer. Men generelt støttes tiltag, der kan bedre uddannelsen i afdelingen. Sundhedsstyrelsen er enige i de ikke strukturelle indsatsområder, som vi finder vil optimere afdelingens uddannelsespotentialer.

Der planlægges med, at næste inspektorbesøg finder sted som et rutinebesøg om 4 år eller snarest muligt derefter.

Henvendelser vedrørende Inspektorordningen kan ske til Pia Lykke Wise, plwi@sst.dk, tlf. 2012 0713 eller Benni Bees, beb@sst.dk, 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-00002603
Afdelingsnavn	Gastroenheden, Medicinsk sektion
Hospitalsnavn	Hvidovre hospital
Besøgsdato	17-11-2022

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	Kontakt direktør, Kurt Stig Jensen
Speciallæger	14 inkl. Cheflæge og uddannelses ansvarlige overlæge
Uddannelsessøgende læger	3 HU-læger, 2 introlæger og 2 u-klassificerede
Andre	3 oversygeplejersker

Dokumenter

Godkendt af afdelingen	Ja

Aftaleparter

Ledende overlæge	Inge Nordgaard-Lassen
Uddannelsesansvarlig overlæge	Henriette Lambert
Inspektor 1	Annett Cannon
Inspektor 2	Lene Høimark
Evt. inspektor 3	Peter Thaysen Laurberg

Dokumenter

Konklusion og kommentar til besøg	Inspektorbesøg på Gastroenheden Hvidovre 17-11-2022. Gastroenheden, Hvidovre Hospital har tidligere haft inspektorbesøg i oktober 2009 og september 2016. Sidstnævnte besøg blev betragtet som et førstegangs besøg grundet fundamentale ændringer i strukturen af afdelingen forinden. Gastroenheden, Hvidovre Hospital består af en kirurgisk og en medicinsk del, der arbejder sammen. I nærværende rapport er

	der fokuseret på den medicinske del. Afdelingen har gennemført selvevaluering d. 4/10/22 med deltagelse af 30 af afdelingens 39 læger, heraf 12 (af 15) uddannelsesøgende læger og 18 (af 24) speciallæger. 28 læger deltog i udarbejdelsen af SWOT-analysen. Ved dagens inspektor besøg deltog 7 yngre læger, 12 speciallæger, uddannelses ansvarlige overlæge, cheflægen, chefsygeplejersken, 3 afdelingssygeplejersker og kontaktdirektøren. Forud for besøget havde inspektorerne modtaget meget omfattende materiale vedr. Introduktionen af YL på afdelingen, undervisningsplaner, kompetence vurderings skemaer, konference oversigt, arbejdsplan, uddannelsesprogram, uddannelsesplaner, udskrift af evaluer.dk og sidste inspektor rapport. INTRODUKTION TIL AFDELINGEN: Der foreligger et omfattende introduktions program af yngre læger til afdelingen generelt, som er skemalagt og med tjekliste. Forud for start i afdelingen fremsendes velkomstbrev m. nævnte samt en beskrivelse af afdelingen og dens funktioner samt andet "nice to know" information (Velkomst til læger ved Medicinsk sektion, Gastroenheden, Amager, Hvidovre Hospital). Introduktionen til vagten beskrives som god, men de yngste læger kunne godt ønske sig en 1-2 dages følge vagt i

	forbindelse med introduktion til stuegang og ambulante forundersøgelser (YL-ambulatorium). En enkelt læge oplevede at blive introduceret af anden ny læge, hvilket var uhensigtsmæssigt. Afdeling blev opmærksom på det efterfølgende. Vi er enige i vurderingen af "introduktion til afdelingen " som tilstrækkelig UDDANNELSESPROGRAM: Er regionalt bestemt for H-lægerne og afspejler målene i målbeskrivelsen for H-læger i specialet. Mht. I-lægerne henvises til kompetencerne i målbeskrivelsen for I-lægerne. Det kunne have været mere detaljeret, men det var vores indtryk at de uddannelsessøgende læger opnåede deres kompetencer og der var skema og tavle til at overvåge kompetence opnåelsen. Kravene til uddannelsesprogrammet er mere omfattende i Region Nord, men da programmerne er regionalt bestemt, kommenterer vi ikke på det. Afdelingen har scoret uddannelsesprogrammerne som tilstrækkelige. Vi må være enige i at de er tilstrækkelige. UDDANNELSESPLANER:

	Individuelle uddannelsesplaner foreligger angiveligt for alle. De to vi så havde fokus på hvordan den enkelte læge fremadrettet skulle opnå sine kompetencer. Der var primært fokus på rollen som "medicinsk ekspert" men der kunne med fordel være en bredere tilgang til de øvrige lægeroller også. Vi er enige i at de er tilstrækkelige. MEDICINSK EKSPERT: Afdelingen er højt specialiseret med stort akut indtag med egen semi-intensiv funktion. Uddannelsen sker i forløb med Slagelse sygehus, Bispebjerg Hospital, Hillerød Hospital, Nykøbing Falster sygehus og Rigshospitalet. Bedømt ud fra de uddannelsessøgende H-læger og det tilsendte uddannelsesmateriale, er det vores vurdering, at de uddannelsessøgende læger opnår deres kompetencer. Mht. I lægerne havde de fleste allerede opnået mange intern medicinske kompetencer andet steds men var der noget der manglede kunne der fx arrangeres et fokuseret ophold på en kardiologisk afdeling for at se den slags patienter. Vi er enige i vurderingen af "Medicinsk ekspert" som særdeles god KOMMUNIKATOR: Afdelingen har forsat en psykiater ansat 2 x 1/2 dag om ugen oprindeligt mhp. optimering af det psykiske arbejdsmiljø, samt som sparring i forbindelse med vanskelige patient-samtaler eller omkring patienter m.

	psykisk sygdom eller andet der måtte være behov for at sparre med en psykiater om. Desuden var der indført en ordning med afgående YL fra vagt havde defusing med en senior læge hver dag efter morgenmødet, så evt. vanskelige ting i vagten kunne blive snakket igennem på tomands hånd. Det var cheflægen meget magtpåliggende at ingen gik hjem med ondt i maven. Igen og igen blev det nævnt, både fra høj og lav, at alle døre var åbne og man altid kunne spørge nogen. YL Får desuden alle udført fast 360 graders evaluering. Vi er enige i vurderingen af "kommunikator" som tilstrækkelig. SAMARBEJDER: Vi fornemmede et godt professionelt / og tværfagligt samarbejde, både i forhold til andre faggrupper men også medicinere og kirurger imellem. Fx var lægekontorerne blandede således at en gastro-mediciner altid delte kontor med en gastro-kirurg. Afdelingen var opdelt i teams og yngre lægers opgaver var således ret klare her. YL får alle udført fast 360 graders evaluering. Vi er enige i vurderingen af "samarbejder" som tilstrækkelig

LEDER OG ADMINISTRATOR:

Prioriteringen af egne arbejdsopgaver, herunder at uddannelses lægen skal kunne prioriterer og gå stuegang på 6 patienter inden kl. 12.00, er forsat gældende i afdelingen og en ledelses og administrator kompetence.

Desuden er der startet et projekt vedr. ambulatorieoplæring, en omstrukturering af disse, hvor HU-læger også, i stedet for at det kun speciallægerne, får ansvaret for nogle ambulatorier, halvdags, mens de kan få vejledning fra speciallægerne.

Vi er enige i vurderingen af "Leder/administrator" som tilstrækkelig

SUNDHEDSFREMMER:

Dette er essensen i afdelingen arbejde og fx YL Rådgivning af patienter omkring kost og IBD er blot et eksempel herpå.

Vi er enige i vurderingen af "Sundhedsfremmer" som tilstrækkelig

AKADEMIKER:

Der fornemmes et særdeles godt og aktivt akademisk miljø. De yngre læger var initiativrige og satte selv undervisning i gang på egen foranledning.

Vi er enige i afdelingen vurderingen af "akademiker" som særdeles god.

PROFESSIONEL:

Vi er enige i afdelingens vurderingen af "Professionel " som særdeles god

FORSKNING:

I afdelingen var der 19 ph.d.' er og 7 dr.med. samt to professorer. Der foregår megen forskning.

Der er desuden lagt op til nye tiltag som: "mød professoren" fast månedligt morgenkvarter m. præsentation af forskningsprojekter og mulighed for deltagelse.

Vi er enige i afdelingens vurderingen af "Forskning " som særdeles god.

UNDERVISNING - SOM AFDELINGEN GIVER:

Undervisningen i afdelingen er skemalagt hver mandag og torsdag morgen.

Derudover er der kommet "YL case" på fredag morgen som ekstra undervisningsmulighed. Et nyt tiltag er desuden supervision i forundersøgelsesambulatoriet v. en dagligt udpeget læge fra stuegang/runde.

Vi er enige i afdelingens vurderingen af "undervisning " som tilstrækkelig.

KONFERENCENS LÆRINGSVÆRDI:

Der er mange konferencer i afdelingen. Disse er skemalagte og fremgår tydeligt af diverse oversigter.

Det er forskellig hvordan de yngre læger tilgang hertil er. Nogle synes at læringsværdien er meget høj og konferencerne er mega interessante, andre at det er ikke lige taler ind i det område de er i for tiden/ er vedkommende for dem, men generelt synes holdning at være at man deltager i det man har interesse i fordi at al tiden kunne gå med konferencer hvis man skulle nå dem alle.

Et nyt tiltag er desuden HU(YL)-læger som "tovholder" på specialkonferencerne, hvilket giver et andet tilhørsforhold og engagement.

Vi er enige i afdelingens vurderingen af "Konferencers – læringsværdi " som tilstrækkelig.

LÆRING OG KOMPETENCEVURDERING:

Der er lagt op til kvartalsvis kompetence evaluering af HU-læger inden for hvert subspeciale (dec. 2022).

Desuden afholdes der speciallægemøder 1 gang pr. måned hvor 4-5 yngre læger på skift drøftes mhp. fremdrift og kompetence opnåelse. Inden selve mødet udfylder nogle, ikke alle, yngre læger et "selvevalueringsskema" som tages med til mødet og som der drøftes ud fra. Dette gjort for at komme omkring alle kompetencer. men det har dog fyldt en del for YL at de ikke altid ved når de bliver drøftet, hvad der bliver sagt og

ofte ikke oplever at få en tilbagemelding. De efterlyste en ensartet tilgang til møderne og tilbage rapportering.

Der er desuden, det seneste år, lavet mange uddannelses tiltag, som fx halvårslige uddannelsesmøder mellem UKYL, UAO, HU-læger og yngre uddannelseslæger, omstruktureringer i ambulatorierne for mere ansvar til HU-lægerne, skabelon som led i introduktionen til stuegang, "manual" m.m.

Vi er enige i afdelingens vurderingen af "læring og kompetencevurdering " som tilstrækkelig.

ARBEJDSTILRETTELÆGGELSE, DER TAGER HENSYN TIL VIDERE UDDANNELSEN AF YNGRE LÆGER:

Cheflægen sidder forsat selv med arbejdsplanlægning, i samarbejde med en yngre læge, hvilket giver hende god mulighed for at styre uddannelsen for de enkelte uddannelsessøgende læger. Hun tager her også højde for hvis uddannelseslægerne kommer med specifikke ønsker og prøver at tage højde herfor.

Uddannelsesansvarlige overlæge har skematiseret de uddannelsessøgende lægers kompetenceniveau, hvilket også giver et godt overblik ved arbejdsplanlægningen med mulighed for at tilgodese hvem der har behov for hvad, hvem der skal superviseres og hvem der kan supervisere selv. 19 af 25 speciallæger deltager i vagt, hvilket giver god mulighed for uddannelses lægerne at kunne konferere i løbet af dagen.

	Vi er enige i afdelingens vurderingen af "Arbejdstilrettelæggelse, der tager hensyn til videreuddannelsen af yngre læger " som tilstrækkelig. LÆRINGSMILJØ PÅ AFDELINGEN: Overordnet set oplever vi en afdeling hvor speciallægerne roser de yngre læger for at være dygtige og omvendt roser de yngre læger speciallægerne for altid at være til rådighed for konferering og have "døren åben". Vi er enige i afdelingens vurderingen af "læring og kompetencevurdering " som særdeles god.
Status for indsatsområder	Tidligere inspektorbeføg sept. 2016: 1. Klarhed over konferencernes formål: Dette er blevet adresseret og er nu indskrevet i det introduktions materiale der tilsendes/udleveres til alle nye læger. 2. Klar melde ud til de uddannelsessøgende læger, at det forventes at de deltager i de sygdomsspecifikke konferencer: Dette kommunikeres jævnligt ud ved morgenkonferencen. Der er gjort flere tiltag i afdelingen for at øge YL s Opfattelse af tilhørsforhold og engagement i

	forhold til konferencerne, som bl.a. selv at være tovholder herfor. 3. Mere formel direkte supervision af stuegang: Alle patienterne gennemgås kort inden stuegangen (09.00-09.15) Der er angiveligt tillige indført efterstuegang v. 14-tiden, hvor der følges op på dagens stuegang, men der er dog forsat et ønske om mere direkte supervision til stuegang. 4. Focus på at minimere tavs viden: Der foreligger nu udførlig skriftlig beskrivelse af de enkelte sup specialiserede teams, som udleveres til nye uddannelses læger i afdelingen 5. Alle vejledere skal have vejlederkursus: 9 af 15 vejledere har været på kursus inden for de sidste 5 år. 2 er tilmeldte kommende vejlederkurser.
Aftale mellem inspektorer og afdelingen	Nr. 1 Indsatsområde: Frisæt supervison til stuegang, ambulatorier og skopier. Forslag til indsats: En sweeper, der kunne gå fra stue til stue og hjælpe hvis uddannelseslægen går i stå i en skopi-undersøgelse ?

	I tillæg til "vi hjælper gerne hinanden-ånden" vil afdelingen også se på andre muligheder for at sikre at tilgængelig supervision som fx . at lave aftale imellem den uddannelsessøgende og specifik speciallæge v. morgenkonferencen. Vedr. ambulatoriesupervisionen: Der er der nyligt lavet makkerpar, uddannelsessøgende og speciallæge, indenfor hver subspecialiseret ambulatoriesøjle, så alle de uddannelsessøgende læger har en fast supervisor som sidder i nabo-ambulatorierum, og YL ambulatoriet med forundersøgelse har dagligt navngiven supervisor. Tidshorisont: delvist iværksat Nr. 2: HU-lægerne efterlyser supervision, særligt til stuegang, da de medicinstuderende tager meget af fokus. Forslag til indsats: Der er iværksat dyade. Vi opfordrer til at det evt. er I-læger der i højere grad superviserer stud med. Og frigiver ressourcer til speciallægen der kan supervisere I-lægerne? Tidshorisont: 3 måneder ? Nr. 3 Indsatsområde:

	Forsamtale om patienter forud for forundersøgelserne om eftermiddagen ? Forslag til indsat: Dette foregår faktisk allerede, idet der er således nyligt er blevet allokeret en speciallæge hertil dagligt. Navnet fremgår af arbejdsplanen. Tidshorisont: Er iværksat Nr. 4 Indsatsområde: Struktureret vejledersamtale ? Forslag til indsats: Her kan fx. bruges en elektronisk skabelon eller andet skema for at styre samtalen og sikre, at der fokuserer på alle 7 lægeroller for den uddannelsessøgende læge. Det anbefales at der ligeledes fra afdelingen laves inspirationsmateriale til hvordan de enkelte lægeroller kan opnås og styrkes. Der er tilsendt inspiration fra Region Nord. Afdelingen vil overveje at lade det være den uddannelsessøgende læge opgave at bruge strukturen til forberedelse og støtteredskab i forhold til at tænke over behov for læring indenfor de 7 lægeroller. Dette ville samtidig tilbyde en træningsmulighed i at forholde sig til de 7 lægeroller, som HU-stillinger og speciallægeansættelser er baseret på. Tidshorisont: 3 mdr. Nr.5

	Indsatsområde: Blidere opstart i afdelingen ? Således at det ikke foregår "lige på og hårdt" med stuegang m.m. Forslag til indsats: Opstart med 2 følge dage i afdelingen ? Dette indtænkes i re-allokeringen af stud.med./udd.læger planen. Tidshorisont: 6 mdr. Nr. 6 Indsatsområde: Tilbage melding fra speciallægemøder hvor YL Drøftes. YL synes det er ubehageligt at de bliver drøftet og ikke hvad hvad der bliver sagt. Forslag til indsats: Det anbefales at der laves en forventningsafstemning om udbyttet fra speciallægemøderne og en ensartet tilbage melding til de yngre læger. Efter hvert speciallægemøde vil YL få en tilbage melding når de er blevet drøftet. UAO vil drøfte de positive hensigter med evalueringen med YL ved et møde og forventningsafstemme brugbarhed, herunder den transparence de enslydende evalueringsskemaer hhv. selvevalueringsskemaer faciliterer. Tidshorisont: straks

Nr. 7

Indsatsområder:

Færre medicinstuderende på afdelingen, da disse tager meget tid til supervision som går fra uddannelseslægerne ?
Dog er det KU som suverænt allokere medicinstuderende til afdelingen, så det har afdelingen ikke indflydelse på.

Forslag til indsats:

Omprioritering af ressourcerne så det er I-lægerne, der primært står for supervisionen af medicinstuderende, så speciallægerne i stedet kan supervisere I-lægerne.

Tidshorisont: 12 måneder ?

Nr. 8

Indsatsområder:

Vi vil gerne opfordre til at flere yngre læger er på arbejde ved næste inspektorbesøg. Det skal dog tilføjes, at langt størstedelen af alle afdelingens læger forinden har deltaget både i individuel selvevaluering af uddannelsesforholdene og også i stort fællesmøde med diskussion og fælles udarbejdelse af SWOT.

Forslag til indsats:

Fx lukke ambulatorier ved næste inspektorbesøg så flere yngre læger kan deltage.

Tidshorisont: 4 år

Fra: [CHR-FP-Lægeuddannelsen](#)
Til: [Ulrik Dyrbye Hansen](#)
Cc: [Lise Møller](#); [Birgitte Rønn](#); [Tobias Kongstad-Hansen](#)
Emne: VS: Om inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 14. november 2022 på Afdelingen for kræftbehandling - Herlev Hospital.
Dato: 2. februar 2023 08:38:55
Vedhæftede filer: [image001.jpg](#)

Fra: Benni Bees <beb@SST.DK>

Sendt: 2. februar 2023 08:31

Emne: Om inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 14. november 2022 på Afdelingen for kræftbehandling - Herlev Hospital.

Inspektorrapporten fra besøget findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside – <https://www.sst.dk/da/-/media/Inspektorrapporter/Oest/Herlev-Hospital/Onkologi/Inspektorrapport-141122.ashx>

Vi har disse kommentarer:

Der er tale om et rutinebesøg, seneste inspektorbesøg var i 2018. Indsatsområderne i 2018 var: fokus på stuegangsfunktionen, fokus på forhold og introduktion til stråleterapien, afsættelse af tid i introduktionsprogrammet til fokus på relevant uddannelsesmateriale og prioritering af vejledersamtaler ved ændring i vagtplaner.

Afdelingen uddanner introduktionslæger (10) og hoveduddannelseslæger i kliniske onkologi (18) desuden løbende fokuserede ophold for hoveduddannelseslæger i øre næse hals, plastikkirurgi og urologi. Afdelingen har 50 speciallæger. 49 læger har vejlederkursus. Hoveduddannelseslægerne får vejlederkursus og fungerer som vejleder for 2 introduktionslæger.

I selvevalueringsrapporten er beskrevet at 45 deltog, men der fremgår ikke uddannelsesniveau på de deltagende læger.

Ved inspektorbesøget deltog 1 repræsentant fra sygehus/centerledelsen, 6 speciallæger, 10 uddannelseslæger og 1 fysiker. Uddannelsesniveau af de deltagende uddannelseslæger fremgår ikke af inspektorrapporten.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der i selvevalueringsrapporten såvel som i selve besøget deltager et bredt udsnit af lægegrupper, for at belyse uddannelsesmulighederne for alle uddannelseslæger, uafhængigt af anciennitet.

Afdelingen såvel som inspektorerne scorer overvejende "særdeles god" (10 af 16 temaer). Temaerne "medicinsk ekspert", "kommunikator" og "konferencens læringsværdi" scorer afdeling såvel som inspektorer "tilstrækkelig". Afdelingen selv scorer temaerne "arbejdstilrettelæggelse" og "uddannelsesplan" "tilstrækkelig", mens inspektorerne scorer disse temaer "utilstrækkelig". Temaet "uddannelsesprogram" scorer afdeling såvel som inspektorer "utilstrækkelig".

Inspektorerne beskriver en afdeling med et harmonisk og godt arbejdsmiljø. Der beskrives at fremmøde fra uddannelseslæger var begrænset fordi de sad i klinisk funktion. Der er kommet ny målbeskrivelse i klinisk onkologi 1 november 2022, og i denne forbindelse er der endnu ikke udfærdiget uddannelsesprogram for introduktionslæger, uddannelsesprogrammet for hoveduddannelseslæger er lavet, men afventer endelig godkendelse. Der beskrives logistiske udfordringer med at få afholdt vejledersamtaler grundet skiftende arbejdstider. Der beskrives at stuegangsfunktionen ofte nedprioriteres ved sygdom, til trods for dette oplever uddannelseslægerne at telefonisk supervision er nemt tilgængeligt ved speciallægerne. Supervisionen i ambulatoriet beskrives som meget velfungerende. Uddannelseslægerne har udfordringer med at få tilstrækkelige antal dage til at opnå de i målbeskrivelsen

beskrevne kompetencer, i stråleterapien hvilket også har været en udfordring ved de sidste to inspektorbesøg.

Inspektorerne beskriver at der fra seneste inspektorbesøg er forbedret i forhold til introduktionsprogrammet men at de øvrige 3 indsatsområder fortsat er uændrede fra 2018.

I forbindelse med besøget opstilles følgende indsatsområder aftalt mellem inspektorerne og afdelingen.

1. Fokus på uddannelsesprogram til introduktionslæger
2. Fokus på vejledersamtaler og uddannelsesplaner
3. Fokus på prioritering af stuegangsfunktion
4. Fokus på sammenhængende forløb i stråleterapien

Indsatsområderne er uddybet med forslag til indsatser og der er opstillet relevante tidshorisonter for gennemførsel.

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

Inspektorerne ser gerne en tilbagemelding om ca. 6 måneder fra UAO, omkring hvordan arbejdet med indsatsområderne er forløbet.

Der er tale om en afdeling med gode faglige kompetencer, et overordnet velfungerende uddannelsesmiljø og et godt arbejdsmiljø. Afdelingen er på rigtig mange punkter meget velfungerende, men der er dog også tale om en afdeling med nogle specifikke udfordringer der allerede i 2014 blev påpeget i en inspektorrapport. Særligt udfordringerne omkring at sikre afholdelse af vejledersamtaler, udarbejdelse af uddannelsesplaner og opnåelse af kompetencer i stråleterapien vurderes af et sådant omfang at Sundhedsstyrelsen støtter op om inspektorernes forslag om en skriftlig tilbagemelding på indsatsområderne.

Tidshorisonterne på de aftalte indsatsområder er sat til maksimalt 6 måneder, hvorfor Sundhedsstyrelsens anbefaling vil være, at afdelingen laver en skriftlig tilbagemelding omkring arbejdet med indsatsområderne senest i september 2023, dette med henblik på at Sundhedsstyrelsen kan støtte op om afdelingens arbejde med indsatsområderne. Ud fra denne skriftlige tilbagemelding, vil Sundhedsstyrelsens inspektorsekretariat tage stilling til hvornår næste inspektorbesøg skal afholdes.

Henvendelser vedrørende Inspektorordningen kan ske til Pia Lykke Wise, plwi@sst.dk, tlf. 2012 0713 eller Benni Bees, beb@sst.dk, tlf. 7222 7884.

Med venlig hilsen

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



Læs [her](#) om hvordan Sundhedsstyrelsen behandler personoplysninger.

[Twitter](#) • [LinkedIn](#) • [Facebook](#) • sst.dk

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-00002794
Afdelingsnavn	Onkologisk Afdeling
Hospitalsnavn	Herlev Hospital
Besøgsdato	14-11-2022

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	1
Speciallæger	6
Uddannelsessøgende læger	10
Andre	1 fysiker

Dokumenter

Godkendt af afdelingen	Ja

Aftaleparter

Ledende overlæge	Lisa Sengeløv
Uddannelsesansvarlig overlæge	Christian Maare
Inspektor 1	Bente Sørensen
Inspektor 2	
Evt. inspektor 3	Anne Krejbjerg Motavaf

Dokumenter

Konklusion og kommentar til besøg	Inspektorbesøget var planlagt med møder med forskellige repræsentanter fra de relevante uddannelsesaktører. Dog var der begrænset fremmøde på dagen idet de uddannelsessøgende læger sad i klinisk funktion. Afdelingen gav indtryk af et overordnet godt uddannelsesmiljø hvor uddannelsessøgende læger føler sig trygge i at efterspørge supervision og trivedes. Afdelingen virkede harmonisk og med et godt arbejdsmiljø. I forbindelse med skift til ny målbeskrivelse den 1. november 2022 er der endnu ikke udfærdiget et uddannelsesprogram

for introduktionslæger. Uddannelsesprogram for hoveduddannelseslæger er lavet men afventer endelig godkendelse.

Der er generelt en stor tilfredshed med introduktionsprogrammet, hvor introduktionslæger står til dobbeltfunktion og undervisning de første 14 dage. Desuden en betalt følgevagte og gennemgang af tjekliste med vigtige vagtinformationer inden selvstændig vagt. Dog har introduktionen haltet lidt for de introduktionslæger der er startet i sommerferieperioden.

Alle uddannelsessøgende læger har en hovedvejleder og alle hoveduddannelseslæger er vejledere for minimum 2 introduktionslæger i løbet af deres uddannelsesforløb. Tanken var at uddannelsessøgende læger også skulle tildeles en klinisk vejleder i det team man er tilknyttet. Dette er dog kun effektueret i enkelte teams.

Vejledersamtaler afholdes, men det er fortsat en stor udfordring for uddannelsessøgende læger og vejledere at finde tid til dette. Der er skemalagt tid til vejledersamtaler 2 gange hvert halve år, men grundet forskudt arbejdstid bliver dette nok ofte ikke anvendt. Der bliver ikke rutinemæssigt lavet skriftlige individuelle uddannelsesplaner med konkrete uddannelsesmål frem til næste vejledermøde.

Der er fortsat udfordringer med stuegangsfunktionen. I arbejdstilrettelæggelsen og specielt ved sygdommeldinger bliver stuegang underprioriteret. Således mangler de uddannelsessøgende læger med mindst erfaring ofte direkte supervision ved de komplekse indlagte patienter. De uddannelsessøgende læger oplever dog altid at kunne få supervision via telefonisk kontakt til en speciallæge. Derudover har de uddannelsessøgende læger ofte sporadiske enkeltdage på stuegang og mangler kontinuitet.

	Uddannelseslægerne oplever god mulighed for supervision i ambulatoriefunktionen, hvor man om morgenen inden ambulatoriestart gennemgår dagens program og kan stille spørgsmål. Desuden sidder uddannelseslæger og speciallæger side om side og der er mulighed for direkte supervision. På afdelingen er der et stort fokus på god kommunikation og introduktionslæger har mulighed for supervision af psykolog til samtaler i ambulatoriet. Man har på afdelingen fortsat teambaseret indtegninger i stråleterapien. Desværre oplever uddannelsessøgende læger stadig at de ikke får tilstrækkelig antal dage i stråleterapien. Der opleves både for få skemalagte dage samt ændringer ved sygemeldinger hvor uddannelseslæger tages væk fra stråleterapien for at dække andre funktioner. Desuden er det oftest enkelt dage og der ønskes mere kontinuitet således at kompetencer lettere kan opbygges og man i højere grad har mulighed for at indtegne kurative stråleplaner. Når de uddannelsessøgende læger er i stråleterapien opleves der god mulighed for supervision og læring. På baggrund af manglende kontinuitet og for få tilstedeværende dage i stråleterapien opstår der, på trods af det gode læringsmiljø, vanskeligheder ved at opfylde de kompetencer der fremgår af målbeskrivelsen. Ovenstående udfordringer i stråleterapien var også til stede ved de sidste 2 inspektorbesøg. Der er skemalagt morgenundervisning med højt fagligt niveau på alle hverdage undtagen mandage. Her varetager uddannelsessøgende læger også en del af undervisningen. Der er desuden etableret en journal-club for uddannelsessøgende læger.

	Afdelingen bakker op om forskningstræning og der er god mulighed for at blive inddraget i forskningsprojekter samt at blive frikøbt fra klinisk funktion med henblik på deltidsforskning. Inspektorerne ser gerne en tilbagemelding om ca. 6 mdr. fra UAO angående hvorledes arbejdet med indsatsområderne er forløbet.
Status for indsatsområder	Stuegangsfunktionen: uændret Stråleterapien: Uændret Introduktionsprogram: fungerer Vejledersamtaler uændret
Aftale mellem inspektorer og afdelingen	Nr. 1 Indsatsområde: Uddannelsesprogram til Introduktionslæger Forslag til indsats: Udfærdigelse af uddannelsesprogram til Introduktionslæger Tidshorisont: 3 måneder Nr. 2 Indsatsområde: Vejledersamtaler og uddannelsesplaner Forslag til indsats: Der skal ved arbejdstilrettelæggelse være bedre mulighed for vejledersamtaler, eventuelt ved skemalagt tid hver måned. Vejledersamtaler bør munde ud i skriftlige individuelle uddannelsesplaner der underskrives af både uddannelsessøgende læge og vejleder. Kopi af uddannelsesplaner skal sendes til UAO. Desuden kan man med fordel vedtage et skema der skal anvendes til at få mere struktur og ensretning af vejledersamtalerne. Tidshorisont: 6 måneder Nr. 3

	Indsatsområde: Stuegangsfunktionen Forslag til indsats: Det skal prioriteres ved arbejdstilrettelæggelsen at uddannelsessøgende læger har flere sammenhængende dage på stuegang. Desuden bør der sikres bedre mulighed for direkte supervision og involvering af PAL/speciallæger fra patientens team. Tidshorisont: 6 måneder Nr. 4 Indsatsområde: Stråleterapien Forslag til indsats: Der foreslås at uddannelsessøgende læger får længere og sammenhængende tid i stråleterapien uden teamtilknytning, ambulatoriefunktion og vagter. Da det aktuelt er tvivlsomt om uddannelsessøgende læger opnår deres kompetencer bør det prioriteres i arbejdstilrettelæggelsen således at uddannelsessøgende læger ikke tages væk fra stråleterapien ved sygdom. Tidshorisont: 6 måneder

Fra: [CHR-FP-Lægeuddannelsen](#)
Til: [Lise Møller](#); [Birgitte Rønn](#); [Mette Hansen](#)
Emne: VS: Om inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 27. Oktober 2022 på Gynækologisk Obstetrisk Afdeling, Amager og Hvidovre Hospital.
Dato: 22. december 2022 12:04:08

Fra: Pia Lykke Wise <PLWI@SST.DK>

Sendt: 22. december 2022 11:36

Emne: Om inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 27. Oktober 2022 på Gynækologisk Obstetrisk Afdeling, Amager og Hvidovre Hospital.

Inspektorrapporten fra besøget findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside – <https://www.sst.dk/da/-/media/Inspektorrapporter/Oest/Amager-og-Hvidovre-Hospital/Gyn-obs/Inspektorrapport-271022.ashx>

Vi har disse kommentarer:

Det drejer sig om et rutinebesøg. Afdelingen havde senest besøg i december 2016. Ved besøget i 2016 var de aftalte indsatsområder: fokus på forskning, fokus på at styrke uddannelsen i urogynækologi, optimering af supervision ved stuegang på barselsafsnit, fokus på at optimere forholdene omkring vejledersamtaler.

Afdelingen uddanner introlæger (5), hoveduddannelseslæger i gynækologi og obstetrik (11) samt hoveduddannelseslæger i almen medicin (12) og akut medicin (1-2). Afdelingen har 38 speciallæger. 21 læger har vejlederkursus.

I selvevalueringsrapporten har 20 uddannelseslæger deltaget i temascoringen mens der i SWOT analysen har deltaget uddannelseslæger såvel som speciallæger. Sundhedsstyrelsen bemærker ud fra afdelingens egne oplysninger at det kun er uddannelseslæger der har deltaget i temascoringen. Sundhedsstyrelsen anbefaler at der deltager læger fra alle vagtlag for det mest nuancerede billede af afdelingens uddannelsesmuligheder.

I afdelingens egen temascoring scores alene "tilstrækkelig" og "særlig god", mens inspektorerne score temaerne "akademiker" og "konferencens læringsværdi" "utilstrækkelig". Alle øvrige temaer er der enighed mellem inspektorer og afdelingen med "tilstrækkelig" scoring på temaerne "uddannelsesplan", "leder/administrator", "sundhedsfremmer", "professionel", "forskning", "undervisning" og "læring og kompetencevurdering". De øvrige 7 af 16 temaer scores "særlig god" af afdeling såvel som inspektorer.

Ved inspektorbesøget deltog 4 repræsentanter fra sygehus/centerledelsen, 12 speciallæger, 5 h læger i gynækologi/obstetrik, 4 hoveduddannelseslæger i almen medicin, 4 introlæger, 3 jordemødre og 3 sygeplejersker.

Inspektorerne beskriver en afdeling med stort fokus på uddannelseslægenes uddannelse, ikke alene blandt lægerne, men blandt alle faggrupper. Der beskrives trygge rammer for læring, god kollegial opbakning og at afdelingen har et fælles mål om at der skal være adgang til supervision ved behov. Afdelingen har to UAO der hver har 1 ugentlig administrativ dag. Der beskrives manglende læringsudbytte ved morgenkonferencens nuværende form. Afdelingen har været mærket af mangel på jordemødre, men trods dette beskrives en velfungerende afdeling med godt og trygt læringsmiljø og stor velvilje til at sikre uddannelsesmulighederne for uddannelseslæger på alle niveauer.

Indsatsområderne fra seneste inspektorbesøg i 2016 har afdelingen arbejdet målrettet med og punkterne omkring styrkelse af den urogynækologiske uddannelse, samt optimering af supervision på barselsgangen er opnået, mens fokusområderne omkring

mere synlig forskning og forhold omkring vejledersamtaler fortsat er fokusområder ved aktuelle besøg.

I forbindelse med besøget opstilles følgende indsatsområder aftalt mellem inspektorerne og afdelingen.

1. Fokus på at synliggøre afdelingens forskning
2. Fokus på at skabe tid til vejledersamtaler
3. Fokus på at optimere de obstetriske kompetencer

Indsatsområderne er velbeskrevne og der er opstillet relevante tidshorisonter for gennemførelse.

Inspektorerne opstiller en række indsatsområder, som Sundhedsstyrelsen er enige i og som vi finder vil optimere afdelingens uddannelsespotentialer. To af indsatsområderne går igen fra rapporten i 2016, Sundhedsstyrelsen finder det relevant vedvarende at have fokus på disse områder for at få styrket afdelingens forskningsprofil og uddannelseslægenes mulighed for relevant vejledning. Ovenstående indsatser skal ses som et trin til at løfte uddannelsesmiljøet endnu højere.

Der planlægges med, at næste inspektorbesøg finder sted som et rutinebesøg om 4 år eller snarest muligt derefter.

Henvendelser vedrørende Inspektorordningen kan ske til Pia Lykke Wise, plwi@sst.dk, tlf. 2012 0713 eller Benni Bees, beb@sst.dk, 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-00002643
Afdelingsnavn	Gynækologisk obstetrisk afdeling
Hospitalsnavn	Hvidovre Hospital
Besøgsdato	27-10-2022

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	Etablering af urogynækologisk ambulatorium for yngre læger med tæt supervision og specialuddannede sygeplejersker. Uddannelseslæger prioriteres til operationer. Nyhedsbrevet "Forskeriet" som et forsøg på at synliggøre afdelingens forskningsaktiviteter

Næste besøg

Rutinebesøg om 4 år	Ja
Anbefalet tidshorisont	

Deltagere

Sygehus/Centerledelse	Jacob Hendel og Birgitte Ravn Degenkov + Charlotte Wilken-Jensen og Kristina Petersen
Speciallæger	12
Uddannelsessøgende læger	5 H-læger, 4 I-læger og 4 AP-læger
Andre	3 jordemødre og 3 sygeplejersker

Dokumenter

Godkendt af afdelingen	Ja

Aftaleparter

Ledende overlæge	Charlotte Wilken-Jensen
Uddannelsesansvarlig overlæge	Susanne Neergaard Poll
Inspektor 1	Birgitte Freilev Lindved
Inspektor 2	Maria Cathrine Corneliussen Vestergaard Schmidt
Evt. inspektor 3	Anne Kirstine Fisker Vedel

Dokumenter

Konklusion og kommentar til besøg	Overordnet set en afdeling med et stort fokus på yngre lægers uddannelse fra alle personalegrupper, hvilket udmønter sig i et aktivt læringsmiljø under trygge rammer

	med god kollegial opbakning. Afdelingen har et fælles mål om, at man altid skal have adgang til supervision ved behov, og det mål indfries. Afdelingsledelsen prioriterer i særdeleshed yngre lægers uddannelse, fx ved at de uddannelsessøgende i stor stil inddrages i de operative indgreb samt ved, at HU-lægernes fokuserede ophold fortsat tages alvorligt og ikke inddrages ved eksempelvis sygdom. Afdelingen har to engagerede UAO'er, som hver har én ugentlig administrativ dag. Disse dage inddrages aldrig. Afdelingen har en dedikeret speciallægegruppe, der aktivt prioriterer de uddannelsessøgendes behov ofte på bekostning af egne vilkår. Meget stor ros til skemalægger, der sørger for en arbejdstilrettelæggelse, der tilgodeser de uddannelsessøgendes udvikling og kompetenceopnåelse. Afdelingen har et stort og aktivt forskningsmiljø med 3 professorer, der også er en aktiv del af den kliniske hverdag. Der er tilknyttet en stor gruppe unge læger til forskningen, og der ses en stor publikationsliste. Der er dog nogle indsatsområder, der kan adresseres. Trods engagerede professorer med stor aktivitet er afdelingens forskningsaktivitet forsat ikke ret synlig for de uddannelsessøgende, som ikke inddrages i forskningen, evt. også pga. egen velvilje. Der er et uudnyttet potentiale i afdelingens store viden og evidensbaserede tilgang til behandlinger. Specielt i forhold til undervisningskompetencer, hvor forskergruppen må være velkvalificerede. Samtidig er der et stort ønske fra de uddannelsessøgende om at modtage og bidrage med undervisning, hvilket ses tydeligt i evalueringerne fra evaluer.dk. Derudover udtrykkes der fra alle sider et manglende læringsudbytte af morgenkonferencen i dens nuværende

form. Idet dagsprogrammet først starter kl. 9, rettes der forslag om at indføre en strammere struktur på morgenkonferencen (fx max 10 min til skemagennemgang og vagtoverlevering) med deraf følgende tid til undervisning. Der opfordres til at inddrage professorerne i planlægningen af undervisning. Der præsenteres bl.a. muligheden for "faglige 5 minutter", som kan afholdes af uddannelsessøgende såvel som speciallæger.

Trods stor velvillighed til afholdelse af vejledersamtaler, er det forsat en udfordring for den enkelte uddannelseslæge at organisere en samtale med begge sine vejledere. Det foreslås at skemalægge den første samtale med vejleder i løbet af introduktionsdagene (se indsatspunkt 2).

Der er et stort flow i obstetrikken og dermed god mulighed for læring inden for akut obstetrik. Dog efterlyser AP-lægerne en større berøring med sene graviditetskomplikationer. Der foreslås evt. et separat spor til AP-læger i svangreambulatoriet, deltagelse i jordemodervisitation og følge med jordemoder i akutmodtagelsen. Der er skemalagt nogle få dage for AP-læger i fødemodtagelsen, men de inddrages ofte ved sygdom. HU-lægerne efterlyser obstetrisk speciallæge funktion i dagtid ifa. stuegang på indlagte gravide. Der ønskes også tværfaglig case-gennemgang/konference med jordemødrene fx ved genetablering af fødegangskonference (se indsatspunkt 3).

Afdelingen har gennem det forløbne år båret præg af massiv mangel på jordemødre. Man har i den forbindelse etableret en modtagefunktion i fødemodtagelsen for yngre læger, som derved aflaster jordemødrene. Der udtrykkes fin tilfredshed med denne midlertidige løsning, men også en fælles lettelse over, at det ikke er en blivende ordning. Der er en del

	bekymring for, hvordan forholdene bliver, når ordningen ender ved udgangen af 2022 samtidig med stop for brug af jordemodervikarer. Vi møder en særdeles dedikeret speciallæge gruppe, som dog er præget af en begyndende udtrætning ift. supervisionsbyrden. Der skønnes at være en uhensigtsmæssig proportionering mellem kliniske vejledere og uddannelsessøgende i sammenhæng med et stort antal læger i uklassificerede stillinger (præ-kursister). Vi finder denne udtrætning bekymrende og opfordrer til, at speciallægegruppens kompetencevedligeholdelse og efteruddannelse også prioriteres for at opretholde det gode og veletablerede uddannelsesmiljø bæredygtigt. Alt i alt, indtryk af en velfungerende afdeling med et godt og trygt uddannelsesmiljø. Alle typer af uddannelseslæger er generelt tilfredse med deres ophold på afdelingen, opnår deres kompetencer og praktiske færdigheder og fremhæver den altid tilgængelige supervision.
Status for indsatsområder	Mere synlig forskning: Delvist opnået. Siden inspektorbesøget i 2016 er der ansat 3 professorer, som bidrager til en stor publikationsaktivitet. Se endvidere indsatsområde 1 og prosa. Styrkelse af uddannelsen i urogynækologi: Opnået. Flere urogynækologiske ambulatoriespor dækkes nu af de uddannelsessøgende læger, som støttes af specialuddannede sygeplejersker og med supervision fra en urogynækologisk speciallæge. Optimering af supervision til barselsstuegang: Opnået. Stuegangsgående speciallæge på svangre-afsnittet deltager ved forstuegang og er senere tilgængelig for sparring.

	Endvidere er der indført simulationstræning uddannelseslæger i akut barsel-obstetrik sammen med afsnittets plejepersonale. Mulighed for vejledersamtaler: Delvist opnået. Se indsatspunkt 2
Aftale mellem inspektorer og afdelingen	Nr. 1 Indsatsområde: Synliggøre afdelingens forskning for de uddannelsessøgende og højne den akademiske diskussion i den kliniske hverdag. Forslag til indsats: Mere struktureret undervisning inden dagsprogrammerne begynder (se prosa). Tidshorisont: 3 mdr Nr. 2 Indsatsområde: Tid til vejledersamtaler Forslag til indsats: Skemalagt første vejledersamtale i løbet af introduktionsugen Tidshorisont: 3-6 mdr Nr. 3 Indsatsområde: Optimere obstetriske kompetencer Forslag til indsats: Daglig tværfaglig konference med deltagelse af jordemødre og læger. HU-læger på svangrestuegang. Ambulant svangre-program for AP-læger. Tidshorisont: 6 mdr

Fra: [CHR-FP-Lægeuddannelsen](#)
Til: [Birgitte Rønn](#)
Cc: [Lise Møller](#); [Tobias Kongstad-Hansen](#)
Emne: VS: Nu med korrekt link til rapport: Om inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 4. oktober 2022 på Anæstesiologisk Afdeling - Hvidovre Hospital.
Dato: 8. februar 2023 13:30:40

Fra: Benni Bees <beb@SST.DK>

Sendt: 8. februar 2023 13:24

Emne: Nu med korrekt link til rapport: Om inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 4. oktober 2022 på Anæstesiologisk Afdeling - Hvidovre Hospital.

Inspektorrapporten fra besøget findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside – <https://www.sst.dk/da/-/media/Inspektorrapporter/Oest/Amager-og-Hvidovre-Hospital/Anaesthesiologi/Inspektorrapport-041022.ashx>

Vi har disse kommentarer:

Det drejer sig om et rutinebesøg. Seneste besøg var i september 2016, der har været forsøgt afholdt inspektorbesøg ad flere omgange, der dog er blevet aflyst blandt andet grundet coronapandemien. De aftalte indsatsområder ved besøget i 2016 var: fokus på at fastholde og facilitere den positive udvikling i uddannelsen på intensiv, sikring af sufficient praktisk erfaring i klinisk anæstesi, fokus på vejlederfunktionen, fokus på rollen som akademiker og professionel.

Af selvevalueringsrapporten fremgår at afdelingen uddanner introduktionslæger (6) og hoveduddannelseslæger (12). Afdelingen har 27 speciallæger. 10 læger har vejlederkursus.

I selvevalueringsrapporten har deltaget 10 speciallæger, 5 hoveduddannelseslæger, 4 introlæger og 2 uklassificerede reservelæger. SWOT analysen blev udført i september 2021 i forbindelse med tidligere planlagt besøg, der deltog i udarbejdelsen af denne 7 overlæger, 3 afdelingslæger, 5 hoveduddannelseslæger, 4 introlæger og 2 uklassificerede reservelæger.

Ved inspektorbesøget deltog kontaktdirektør (vicedirektør for afdelingen), vicedirektør med lægefaglig baggrund, cheflæge, 1 professor og overlæge, 1 overlæge, 2 afdelingslæger, 3 introlæger, 2 prækursister, 3 HU læger, 2 anæstesisygeplejersker, 1 intensivsygeplejerske.

Afdelingen scorer i selvevalueringen alene tilstrækkelig (9 af 16 temaer) og særdeles god (7 af 16 temaer) på temascoringen.

Inspektorerne scorer "medicinsk ekspert" og "akademiker" "tilstrækkelig" mens afdelingen score disse temaer "særdeles god". Temaerne "konferencens læringsværdi" og "læring og kompetenceudvikling" scores af inspektorerne "utilstrækkelig", imens afdelingen selv score disse "særdeles god". Temaet "læringsmiljø i afdelingen" scores af inspektorerne "særdeles problematisk", mens afdelingen selv score temaet "tilstrækkelig".

Alle øvrige temaer er der enighed mellem inspektorer og afdelingen med "tilstrækkelig" scoring på temaerne "uddannelsesplan", "kommunikator", "samarbejder", "leder/administrator", "sundhedsfremmer", "professionel", "forskning" og "undervisning" samt "særdeles god" scoring på temaerne "introduktion til afdelingen", "uddannelsesprogram" og "undervisning som afdelingen giver".

I inspektorrapporten beskrives en afdeling med overordnet stort ønske om at yde god uddannelse til uddannelseslægerne, desuden beskrives adskillige særligt gode initiativer i relation til oplæring og vedligeholdelse af uddannelseslægernes kompetencer.

Der beskrives imidlertid også et læringsmiljø og en tone blandt nogle af afdelingens overlæger, der påvirker uddannelseslægerne i en sådan grad, at de undgår at søge supervision ved disse læger, frygter at skulle undervise i afdelingen og fremlægge ved morgenkonferencen. Den negative påvirkning af tonen i afdelingen er årsag til uenigheden i temascoringen mellem afdelingen og inspektorerne på punkterne "konferencens læringsværdi", "læring og kompetenceudvikling" samt "læringsmiljø i afdelingen". Der beskrives i inspektorrapporten at speciallægerne fortæller at tonen i afdelingen er blevet bedre de seneste år.

I rapporten opstilles en række mulige indsatsområder

1. Fokus på trivsel og god tone i afdelingen
2. Fokus på indretning af konference lokale
3. Fokus på at tydeliggøre ansvarsområder på OP
4. Fokus på afklarer om introlæger kan have funktion på dagkirurgisk afdeling.

Inspektorerne opstiller en række indsatsområder, som menes at kunne bedre uddannelsesforholdene på afdelingen, Sundhedsstyrelsen er overordnet enig i at de opstillede indsatsområder vil kunne optimere afdelingens uddannelsespotentiale. Sundhedsstyrelsen forholder sig imidlertid ikke til indsatsområder af mere strukturel karakter så som indretning af konferencerum, men generelt støtter vi op om tiltag der bedrer uddannelsesforholdene.

Afdelingen har ikke kunne genkende inspektorernes beskrivelser af afdelingens uddannelsesforhold i rapporten og mener ikke at rapporten giver et retvisende billede af afdelingens uddannelsesforhold. Derfor har de også valgt ikke at godkende rapporten. Afdelingen er opmærksomme på tonen i afdelingen og har indført tiltag med fokus på konstruktiv feedback herunder invers feedback.

Afdelingen har indsendt en uddybende beskrivelse af de temascoringer hvor afdeling og inspektorerne er uenige. Denne skrivelse er lagt på Sundhedsstyrelsens hjemmeside sammen med inspektorrapporten.

I forbindelse med kommentering af rapport har Sundhedsstyrelsen været i kontakt med afdelingen, og indhentet deres kommentarer til indsatsområderne.

Indsatsområde

1. Afdelingen har fokus på god tone i konferencen og klinikken
2. Dette har tidligere været drøftet, hvor der ikke er fundet anledning til ændringer
3. Dette er allerede indført i forbindelse med inspektorbesøget med magneter på tavle med ansvarlig for ortopædkirurgi/obstetrik/kirurgi
4. Det er ikke en organisatorisk mulighed da der er tale om forskellige afdelinger, og dagkirurgisk afdeling ikke har en UAO

Der er tale om en afdeling der på trods af udfordringerne på mange punkter er en god uddannelsesafdeling. Sundhedsstyrelsen har været i dialog med afdelingen samt med videreuddannelsesregion Øst, der administrerer uddannelsen i Region Hovedstaden og Region Sjælland. Her har man indtryk af en afdeling med overordnet godt uddannelsesmiljø og Videreuddannelsesregion Øst oplever ikke klager eller trivselsmæssige udfordringer i forbindelse med uddannelsesforløb i afdelingen. Afdelingen henviser i deres tilsendte kommentering til gode evalueringer på evaluer.dk, grundet flytning af evaluer.dk til uddannelseslaege.dk, er det aktuelt ikke muligt at tilgå de tidligere evalueringer.

Inspektorer såvel som afdeling beskriver mange tilfredsstillende aspekter af uddannelsen i afdelingen og mange velfungerende og yderst relevante uddannelsesmæssige initiativer som blokskole og hæmodynamikskole, for alle nyansatte læger i afdelingen. Ud fra en samlet vurdering af inspektorrapport, selvevalueringsrapport og SWOT-analyse, uddybende kommentarer fra afdelingen samt drøftelse af afdelingen med sekretariat for lægelig videreuddannelse, vurderes det samlet, at der i afdelingen findes uddannelsesforhold der rejser bekymring for

uddannelsesforholdene blandt de uddannelsessøgende læger. Det vurderes som en udfordring at flere af uddannelseslægerne oplever en afdeling med hård og til tider nedladende tone, der blandt hovedparten af de interviewede uddannelseslæger medfører frygt for at forestå undervisning ved konference eller opsøge supervision blandt visse ældre kollegaer.

Inspektorerne anbefaler på denne baggrund et opfølgende besøg om 24 måneder. Sundhedsstyrelsen vurderer at der er mange relevante tiltag i gang for at forbedre uddannelsesvilkårene for uddannelseslægerne, samt at der på afdelingen er et stort team af engagerede vejledere der dedikeret arbejder for at styrke afdelingens uddannelsesmiljø. Det arbejder ønsker Sundhedsstyrelsen at støtte. Vi finder derfor at næste besøg skal være et opfølgende besøg om 24 måneder, således at afdelingen kan arbejde videre med de relevante indsatsområder, og derved bedre uddannelsesforholdene, så afdelingen også på disse områder kan tilbyde et godt og trygt uddannelsesmiljø.

Henvendelser vedrørende Inspektorordningen kan ske til Pia Lykke Wise, plwi@sst.dk, tlf. 2012 0713 eller Benni Bees, beb@sst.dk, tlf. 7222 7884.

Med venlig hilsen

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



SUNDHEDSSTYRELSEN

Læs [her](#) om hvordan Sundhedsstyrelsen behandler personoplysninger.

[Twitter](#) • [LinkedIn](#) • [Facebook](#) • sst.dk

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-00002617
Afdelingsnavn	Anæstesiologisk Afdeling
Hospitalsnavn	Hvidovre Hospital
Besøgsdato	04-10-2022

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	BLOKSKOLE Alle nyansatte læger – fra intro-læger til afdelingslæger – bliver allokeret til blokskole 3-7 dage afhængigt af tidligere erfaringer. Forud for blokskolen får den uddannelsessøgende tilsendt skriftligt materiale ligesom der på afdelingen er adgang til en iPad med NYSORAs 'Nerveblocks'-app. På blokskole-dagene er den uddannelsessøgende tilknyttet 1 af 4 speciallæger med særlig kompetence indenfor regionalanæstesi. Den uddannelsessøgende er ikke surnummereret, men tilbydes så godt som alle nerveblok på de ortopædkirurgiske operationsstuer. Nerveblokkene anlægges direkte superviceret af den tilknyttede speciallæge. Efter denne intensive introduktion til regionaleanæstesi opfordres den uddannelsessøgende til at erfaringsregistrere sine nerveblok. HÆMODYNAMIKSKOLE Tiltaget er relativt nyt (siden maj 2022) efter forbillede i blokskolen. Alle nyansatte læger i afdelingen allokeres til 1 dag i hæmodynamikskolen. Forud for hæmodynamikskolen får den uddannelsessøgende tilsendt skriftligt materiale. På hæmodynamikskole-dagen er den uddannelsessøgende tilknyttet 1 af 3 speciallæger med særlig kompetence indenfor anæstesi til abdominalkirurgi og hæmodynamik. Den uddannelsessøgende er ikke surnummereret, men er med til at bedøve akutte patienter til akut højrisiko abdominalkirurgi eller elektive patienter til stor abdominalkirurgi med særligt fokus på hæmodynamisk monitorering og behandling. I løbet af dagen gennemgås et hæmodynamik-kompetencekort, som er udviklet i afdelingen.

Næste besøg

Rutinebesøg om 4 år	Nej
Anbefalet tidshorisont	24

Deltagere

Sygehus/Centerledelse	Vicedirektør (kontaktdirektør for afd.), Vicedirektør (med lægefaglig baggrund)
Speciallæger	1 cheflæge, 1 professor og overlæge, 1 overlæge, 2 afdelingslæger
Uddannelsessøgende læger	3 introlæger, 2 prækursister, 3 HU-læger (1 HU1, 1 HU2, 1 HU4)
Andre	2 anæstesisygeplejersker, 1 intensivsygeplejerske

Dokumenter

Godkendt af afdelingen	Nej

Aftaleparter

Ledende overlæge	Claus Michael Lund
Uddannelsesansvarlig overlæge	Sine Hougaard
Inspektor 1	Katarzyna Elzbieta Fabirkiewicz
Inspektor 2	Niels Dalsgaard Nielsen
Evt. inspektor 3	Winnie Charlotte Pedersen Mortensen

Dokumenter

Konklusion og kommentar til besøg	OVERBLIK Anæstesiologisk Afdeling på Hvidovre Hospital er en stor og travl afdeling, der varetager anæstesi til abdominalkirurgi, ortopædkirurgi og gynækologi/obstetrik samt intensivterapi. Hospitalet har landets folkerigeste optageområde og huser landets største fødested; dette afspejler sig i afdelingens aktivitetsniveau med et højt flow af akutte patienter og fødende med deraf følgende gode og hyppige muligheder for læring. Afdelingens speciallægegruppe udgøres af 18 overlæger og 8 afdelingslæger. Afdelingen har et naturligt fokus på klinisk produktion men yder også en dedikeret uddannelsesindsats, ligesom afdelingen har ambitioner om

at yde anæstesi og intensivterapi efter de allerhøjeste faglige standarder.

Afdelingen bidrager til den anæstesiologiske videreuddannelse med 6 introduktionsstillinger og 12 hoveduddannelses-stillinger. Desuden er der ansat 4 reservelæger som 'prækursister'; disse betragtes som uddannelseslæger på linje med afdelingens intro- og hoveduddannelseslæger. Alle uddannelseslæger får tildelt vejledere, afholder vejledermøder, får udformet uddannelsesplaner og evalueres vha. bl.a. miniCEX. Introlægerne er tilknyttet afdelingen under hele deres introduktionsuddannelse mens hoveduddannelseslægerne er i afdelingen enten 1., 2. eller 4. år af deres hoveduddannelse.

INTRODUKTION

Introduktionen til afdelingen og specialet er grundig. Der udformes individualiserede 'flyvefærdighedsprogrammer' for alle nyansatte. For introlæger løber flyvefærdighedsperioden over 5 uger, hvorunder den uddannelsessøgende bliver klar til selvstændigt at varetage anæstesi til mindre kirurgi på ukomplicerede patienter. Herefter går der yderligere ca. 3 uger før den uddannelsessøgende går i vagt. For uddannelseslæger med anæstesierfaring forløber flyvefærdighedsperioden over nogle dage, hvor lægen introduceres til afdelingens udstyr, opbygning og procedurer. Nyansatte uddannelseslæger tilknyttes en 'buddy' – en mere senior yngre læge – der sørger for, at lægen får en god start i afdelingen. Enkelte uddannelseslæger følte sig lidt overset de første dage i afdelingen, men andre anførte, at der var rettet op på dette.

FUNKTIONER

	I dagtiden gør de uddannelsessøgende tjeneste på enten operationsgangen eller intensiv. På operationsgangen er den uddannelsessøgende ansvarlig for anæstesi på 1-2 stuer. Derudover passer tre uddannelseslæger på operationsgangen forvagtstelefonen samt de dedikerede procedure- og fødegangstelefoner med tilhørende arbejdsopgaver. Endelig forventes alle anæstesilæger på operationsgangen at hjælpe med varetagelse af anæstesiologiske tilsyn. De uddannelsessøgende på operationsgangen savner at vide, hvem de kan kontakte ved spørgsmål eller behov for supervision indenfor anæstesigivning til de forskellige kirurgiske specialer. Det aftales derfor som indsatsområde, at der anføres på oversigtstavlen på operationsgangen hvilke speciallæger, der skal kontaktes med specialespecifikke spørgsmål. I dagtiden på intensiv er de yngre uddannelsessøgende parrede med en mere senior læge mhp. supervision. Supervision og undervisning bliver prioriteret højt i løbet af dagen, og de uddannelsessøgende vurderer generelt at få et højt fagligt udbytte af deres ophold på intensiv. Vagten er dækket af 5 læger, hvoraf mindst 2 er speciallæger. 2 læger (forvagt og bagvagt) varetager anæstesi på operationsgangen, 2 læger dækker intensiv mens 1 'flyver' hovedsageligt dækker procedurer relateret til fødegangen - fødeepiduraler, postpartum-blødning, akut sectio osv. Alle uddannelsessøgende oplever stor læringsmæssig værdi i vagterne. Der er altid mulighed for supervision og vejledning, samt et stort flow af akutte patienter. UDDANNELSESORGANISATION Afdelingens postgraduate uddannelsesaktiviteter ledes af to engagerede uddannelsesansvarlige overlæger (UAO). Man

har valgt ikke at have en uddannelseskoordinerende yngre læge, da man mener, at modellen med to UAO'er sikrer en bedre kontinuitet i uddannelsesindsatsen. Seks af afdelingens speciallæger er dedikerede vejledere og fungerer som hovedvejledere for alle afdelingens uddannelseslæger. Hovedvejlederne og UAO'erne udgør en uddannelsesgruppe, der mødes kvartalsvis og gennemgår alle uddannelsessøgende samt planlægger afdelingens videre uddannelsesindsats. Uddannelsesgruppen har udviklet flere særlige initiativer – mest bemærkelsesværdigt er blok- og hæmodynamikskolerne, som er beskrevet nærmere ovenfor. Derudover kan nævnes 'ugens udfordring', hvor en speciallæge underviser i kliniske procedurer, månedlig simulationstræning af akut dårligt nyfødt barn under supervision af en børneanæstesiolog og en pædiater samt en dedikeret 'proceduretelefon', hvormed introduktionslæger kan tilkaldes mhp. at foretage diverse anæstesiologiske procedurer. Sidstnævnte udnyttes ikke optimalt, men der er opmærksomhed på at rette op på dette.

Både UAO'er og hovedvejledere har skemalagt en månedlig 'uddannelsesdag', hvor de er taget ud af klinikken mhp. at afholde vejledersamtaler, tage kompetencekort samt udføre andre uddannelsesmæssige aktiviteter. Både UAO'er og hovedvejledere oplever god opbakning fra afdelingsledelsen, og nævner ingen væsentlige barrierer for at yde en god uddannelsesindsats.

FORSKNING

Afdelingen har stor forskningsaktivitet med 3-4 ph.d.-studerende under ledelse af en dedikeret professor. Der er i løbet af de seneste 5 år udgået 3 ph.d.-afhandlinger fra afdelingen mens 1 ph.d.-afhandling er indsendt og afventer bedømmelse. Der er udgået ca. 30 artikler fra afdelingen i løbet af de seneste 2 år. Stort set alle afdelingens ph.d.-

studerende rekrutteres blandt afdelingens egne uddannelseslæger. Forskningsinteresserede uddannelseslæger har – foruden ph.d.-uddannelsen – mulighed for at blive inddraget i afdelingens forskningsaktiviteter i form af at yde bidrag til dataindsamling og -analyse på eksisterende projekter.

DAGKIRURGI

Dagkirurgi udføres på Hvidovre Hospital i en selvstændig afdeling med egne anæstesiologer og egen afdelingsledelse. Der foregår imidlertid ingen anæstesiologisk videreuddannelse på Dagkirurgisk Afdeling. Det vurderes af både UAO'er og inspektorteamet, at der potentielt er et væsentlig uudnyttet uddannelsespotential i Dagkirurgisk Afdeling, da dagkirurgisk anæstesi giver gode muligheder for uddannelse i basal luftvejshåndtering og anæstesi til ukomplicerede patienter. Dette er særdeles relevant først i introduktionsuddannelsen. Dagkirurgisk Afdeling deltager så vidt vides i uddannelsen af både uddannelseslæger i akutmedicin samt redder-elever. Det aftales som indsatsområde at afklare, hvorvidt Dagkirurgisk Afdeling kan bidrage til uddannelsen af introduktionslæger i anæstesiologi.

KULTUR OG TONE

Flertallet af de interviewede uddannelseslæger og flere speciallæger fortæller, at der i afdelingen findes en meget hård og til tider nedladende tone blandt en gruppe af overlæger. De interviewede speciallæger fortæller dog, at tonen er blevet bedre i løbet af de senere år. Den hårde tone kommer dels til udtryk i forbindelse med supervision i klinikken, men særligt under morgenkonferencen. Langt hovedparten af de interviewede uddannelseslæger frygter at skulle forestå 5-minutters-undervisning på konferencen, og de yngre læger bruger tid på at udvælge "ufarlige" emner af

frygt for at blive udstillet og nedgjort i forbindelse med fremlæggelsen. Kritik af den afgående bagvagts rapport (bagvagten er ofte en hoveduddannelseslæge) opleves til tider meget hård og personlig. De uddannelsessøgende oplever, at afdelingens øvrige speciallæger ikke griber ind overfor den hårde tone på konferencen, men at speciallæger på tomandshånd giver udtryk for, at "det var ikke i orden, det han sagde til dig". På baggrund af ovenstående vurderes konferencernes læringsværdi som utilstrækkelig.

I klinikken opleves hård og personlig kritik fra ovennævnte overlæger særligt i forbindelse med supervision af ikke-vellykkede procedurer. Her oplever de uddannelsessøgende at blive nedgjort foran patienter, f.eks. i form af nedladende tiltale som "lille ven". Enkelte yngre kvindelige uddannelseslæger beretter desuden om nedladende og seksualiseret tiltale som "skat" og "snuske". Den hårde tone gør, at mange uddannelsessøgende undlader at søge hjælp og supervision fra disse overlæger. Inspektorerne anerkender, at det faglige niveau for læring og kompetencevurdering generelt er rigtig godt i afdelingen. På baggrund af den særdeles ukonstruktive pædagogiske indsats fra en mindre gruppe af afdelingens speciallæger, vurderes temaet læring og kompetencevurdering imidlertid som utilstrækkeligt.

Afdelingsledelsen anerkender, at der er en kontant tone i afdelingen men anfører, at det er nødvendigt at kunne have en kritisk diskussion af faglige emner for at kunne løfte de uddannelsessøgendes faglige niveau og opfylde afdelingens høje faglige ambitioner. Afdelingen har dog for nylig – på baggrund af tilbagemeldinger fra de uddannelsessøgende – iværksat en indsats med fokus på konstruktiv feedback og invers feedback. Det aftales som fokusområde at intensivere afdelingens arbejde med fokus på trivsel og god tone.

	Konferencelokalet, hvor morgenkonferencen afholdes, er indrettet med pladser både ved et stort bord samt på løse stole i et hjørne af lokalet. Der er tradition for, at speciallægerne sidder ved bordet mens uddannelseslæger sidder på de løse stole. Flere uddannelseslæger giver imidlertid udtryk for, at dette arrangement underbygger et skel imellem afdelingens special- og uddannelseslæger. Det aftales som fokusområde at indrette konferencelokalet, så alle afdelingens læger kan sidde med ved bordet og deltage på lige fod i konferencen. KONKLUSION Inspektorerne anerkender den store, dedikerede og vedholdende indsats fra uddannelsesgruppen, som har affødt flere flotte initiativer på uddannelsesområdet. Disse initiativer kan andre afdelinger med fordel tage til sig, og den uddannelsesmæssige indsats, der udgår fra uddannelsesgruppen, er i særklasse god. Afdelingens læringsmiljø er dog væsentligt påvirket i negativ retning af den helt uacceptabelt hårde tone blandt en gruppe overlæger. Den hårde tone afholder de uddannelsessøgende fra at involvere sig i faglige og akademiske diskussioner samt fra at søge hjælp og supervision fra disse speciallæger. Dette anses som væsentlige barrierer for en god lægelig videreuddannelse, hvorfor læringsmiljøet i afdelingen samlet vurderes som særdeles problematisk og ingen temaer vedr. læring i de 7 lægeroller vurderes som særdeles gode.
Status for indsatsområder	Følgende indsatsområder blev aftalt ved seneste inspektorbesøg d. 8/9 – 2016. INDSATSOMRÅDE: Intensiv: Fastholde og facilitere den positive udvikling i uddannelsen på intensiv.

	VURDERING: Indsatsområdet vurderes at være opfyldt. INDSATSOMRÅDE: Sikring af sufficient praktisk erfaring i klinisk anæstesi VURDERING: Indsatsområdet vurderes overordnet at være opfyldt. INDSATSOMRÅDE: Vejlederfunktionen: Sikre at alle kliniske vejledere har kendskab til fordelingen af kompetencer på de enkelte anæstesiafsnit og de relevante kompetence-vurderingsmetoder. VURDERING: Indsatsområdet vurderes overordnet at være opfyldt. INDSATSOMRÅDE: Fokus på rollen som akademiker og professionel VURDERING: Indsatsområdet vurderes at være opfyldt.
Aftale mellem inspektorer og afdelingen	NR. 1 INDSATSOMRÅDE: Trivsel og god tone FORSLAG TIL INDSATS: Der indføres et øget fokus på at holde god tone på konferencer og i klinikken. Speciallæger bør italesætte på stedet, hvis tonen overfor en uddannelseslæge bliver for hård. TIDSHORISONT: 1 år NR. 2 INDSATSOMRÅDE: Indretning af konferencelokalet FORSLAG TIL INDSATS: Indretning af konferencelokalet ændres, så alle afdelingens læger har mulighed for at sidde med ved bordet og deltage på lige fod i konferencen. TIDSHORISONT: 3 måneder NR. 3 INDSATSOMRÅDE: Tydeliggørelse af ansvarsområder på OP

	FORSLAG TIL INDSATS: Det markeres på fordelingstavle på OP hvem, der kan kontaktes ved specialespecifikke spørgsmål. TIDSHORISONT: 1 måned NR. 4 INDSATSOMRÅDE: Introlæger på dagkirurgisk afdeling FORSLAG TIL INDSATS: UAO'er afklarer, om Dagkirurgisk Afdeling kan tage del i uddannelsen af uddannelseslæger i introduktionsstilling. TIDSHORISONT: 6 måneder

Hvidovre 15. dec. 2022

Afdelingens gensvar og begrundelse for, at inspektor rapporten ikke godkendes herfra:

Inspektorbesøget var et rutinebesøg efter 6 år. Oprindeligt annonceret i foråret 2021 og initialt udskudt pga Covid. Herefter igen fra afdelingen planlagt til at skulle foregå i april 2021, men udskudt på dagen pga sygdom hos inspektorerne.

Vi godkender og genkender **ikke** flere af de scoringer, hvor inspektorerne ikke er enige i afdelingens SWOT-analysen. Analysen er udarbejdet af 7 overlæger, 3 afdelingslæger, 5 HU-læger, 4 intro-læger og 2 uklass. reservelæger. Altså et bredt udsnit af afdelingens lægestab.

Vi anerkender ikke, at inspektorerne har baseret deres vurdering på, hvad vi bedømmer som en form for tunnelsyn, hvor enkelte udtalelser er kommet til at overskygge alt den gode læring, der sker på vores afdeling. Uddannelse og læring som vi ofte høster stor ros for og som sikrer os kontinuerlig rekruttering af både uddannelsessøgende- og speciallæger til afdelingen

Ad Medicinsk Ekspert:

Vi er uforstående overfor, at vi kun scorer tilstrækkelig på punktet medicinsk ekspert-læring i rollen som medicinsk ekspert: Nedenfor direkte citeret fra jeres tekst:

"Anæstesiologisk Afdeling på Hvidovre Hospital er en stor og travl afdeling, der varetager anæstesi til abdominalkirurgi, ortopædkirurgi og gynækologi/obstetrik samt intensivterapi. Hospitalet har landets folkerigeste optageområde og huser landets største fødested; dette afspejler sig i afdelingens aktivitetsniveau med et højt flow af akutte patienter og fødende med deraf følgende gode og hyppige muligheder for læring"

"I dagtiden på intensiv er de yngre uddannelsessøgende parrede med en mere senior læge mhp. supervision. Supervision og undervisning bliver prioriteret højt i løbet af dagen, og de uddannelsessøgende vurderer generelt at få et højt fagligt udbytte af deres ophold på intensiv.

Vagten er dækket af 5 læger, hvoraf mindst 2 er speciallæger. 2 læger (forvagt og bagvagt) varetager anæstesi på operationsgangen, 2 læger dækker intensiv mens 1 'flyver' hovedsageligt dækker procedurer relateret til fødegangen - fødeepiduraler, postpartum-blødning, akut sectio osv. Alle uddannelsessøgende oplever stor læringsmæssig værdi i vagterne. Der er altid mulighed for supervision og vejledning, samt et stort flow af akutte patienter."

Vi er et af regionens største akuthospitaler, hvilket giver et stort flow af patientforløb/kontakter og et stort antal procedurer. Som eksempel på det sidste lægger vores introlæger 100 eller mere epiduraler i løbet af deres 12 mdr.s introduktionsstilling.

Vi er landets største fødested og har et struktureret forløb og eget fødegangskompetencekort, der sikrer god og tilstrækkelig oplæring i den obstetriske anæstesi.

Der beskrives i rapporten at *de uddannelsessøgende undgår at søge vejledning og supervision af frygt for at blive nedgjort samt Undgår at deltage i faglige diskussioner af frygt for at blive nedgjort.*

Vi er helt uforstående overfor, hvad inspektorerne bygger denne flertals betragtning på.

Vi har flere initiativer, hvor der foregår systematisk direkte sidemandsoplæring af de uddannelsessøgende og hvor der er plads til gensidig faglig diskussion. Vi har flere fora og konferencer som fx dagligt 30 minutters refleksion over læring, hvor alle de uddannelsessøgende læger bliver hørt og altid villigt tager mange forskellige emner op til diskussion i plenum

Ad Akademiker – læring i rollen som akademiker:

Vi er uenige i vurderingen "tilstrækkelig":

- Uddannelseslægerne har følgende muligheder for undervisning af følgende faggrupper:
 - Opvågningssygeplejersker (liste hænger på opvågnings, hvor man kan skrive sig på)
 - Anæstesisygeplejersker (liste hænger på anæstesisygeplejerskekontoret, hvor man kan sig på)
 - Morgen undervisning for øvrige uddannelseslæger på hele Hvidovre Hospital (specialerne skiftes til at undervise hinanden 1 gang om ugen, planlægges halve år ad gangen)
 - Bed-side undervisning af medicin-studende, som også allokeres til at gå med uddannelseslæger ifm deres "anæstesiophold" på afdelingen.
 - Torsdag morgen undervisning 40 min for alle lægerne på afdelingen, med en allokeret speciallæge der står bag ifm forberedelse/tilrettelæggelse.
 - Ugens Udfordring 40 min " hands on undervisning" sammen med en speciallæge der er dedikeret inden for emnet.
- Der er mulighed for deltagelse i forskning og kvalitetsudvikling via
 - Projekter hos vores Phd studerende
 - Vores Phd studerende rekrutteres primært fra vores uddannelseslæge gruppe.

Ad Undervisning – som afdelingen giver:

Vi er uenige i vurderingen "tilstrækkelig":

- Se under "særlige initiativer"
- Der er struktureret planlagt ene-undervisning for Introlæger ifm flyvefærdighedsplanen den første måned på afdelingen.

Ad Konferencernes - læringsværdi:

Vi er uenige i vurderingen "utilstrækkelig".

Konferencernes læringsværdi (citater fra Inspektorordningen Håndbog):

"Konferencerne er et velegnet forum for teoretisk og mere formel undervisning og læring til gavn for uddannelseslæger. Konferencerne bør derfor tilrettelægges, så de har en uddannelsesværdi og sådan, at de kan bruges til problem- og evidensbaserede gennemgange af udvalgte patientforløb, drøftelse af videnskabelige artikler mv. De bør ligeledes tilrettelægges således, at de kan bruges til

at tilgodese individuelle behov gennem deltageraktivering og -styring. Det bør grundigt overvejes, hvordan uddannelseslægenes ressourcer kan udnyttes bedst ved konferencerne.

Det er væsentligt, at der skelnes mellem konferencer med klinisk beslutningstagen og konferencer, der udelukkende har til formål at plan- og tilrettelægge arbejdsdagen samt hvor det således ikke kan forventes, at der er afsat tid til kliniske gennemgange.

At øge konferencernes uddannelsesværdi stiller derfor gensidige krav ikke alene til afdelingen, men også til uddannelseslægerne."

Konferencerne nævnes her i flertal. Vi vil derfor påpege, at vi udover vores morgenkonference på ca 15 min., har vores 14.30 møder hvor der dagligt afsættes 40 min på operationsgangen til refleksion, drøftelse af og evidensbaseret gennemgang af specifikke patientforløb. Derudover har vi konferencer på intensiv, hvor der ofte gennemgås et specifikt EDIC emne m.h.p evidensbaseret læring for uddannelsessøgende læger

Vores morgenkonference er på 15 min, hvor der efter fokuseret vagtoverlevering afholdes "5 min" fagligt indlæg med efterfølgende diskussion og feedback. 5 min afholdes på skift af alle lægerne på afdelingen, som altid er velforberedt og har et højt fagligt niveau. 5 min gennemføres stort set altid. Vi får regelmæssige tilbagemeldinger om, at det er rart at være på en afdeling der prioriterer 5 min så højt både i forhold til at sikre tid til gennemførelse, fagligt niveau og velforberedt.

Vi er særdeles opmærksomme på citat fra jeres rapport side 6 "Den hårde tone... særligt under morgenkonferencen", "... frygter at skulle forestå 5 min". Som nævnt mundtligt er vi påbegyndt aktivt at arbejde med konstruktiv feedback og invers feedback på afdelingen. Dette via vejledergruppen og senest ifm med vores Torsdag morgen undervisning overfor speciallægerne.

ad Læring og kompetencevurdering

Vi er uforstående overfor, at vi her scorer utilstrækkelig:

Der afholdes 3-4 årligt møde med de uddannelsessøgende, med hvilke vi tager udgangspunkt i at sikre rammerne for læring og kompetencevurdering foregår på fornuftig og tilstrækkelig vis. At alle de uddannelsessøgende læger er orienteret om, hvordan læring og kompetencevurderingen er tænkt ind i vores dagligdag.

Lægemøder der afholdes hver torsdag morgen for alle afdelingens læger, holdes 2 x årligt af os UAO'er. Her er uddannelse på afdelingen er tema. For på den måde igen at sikre at rammerne for læring og kompetencevurdering er synlige og beskrevne. Ved seneste møde gennemgik vi forudsætningerne for opfyldelse og udfyldelse af mini-CEX og Generel Vurdering, udover principper for konstruktiv feedback og inversfeedback.

Flere forløb i vores afdeling er sat op på en måde, hvor den uddannelsessøgende får dedikeret sidemandsoplæring af en speciallæge. Hvilken giver en unik mulighed for struktureret læring med direkte supervision og feedback. Det gælder blokskole, hæmodynamiskole, hoveduddannelseslægenes børne- og smerteforløb. Samt på intensiv, hvor de uddannelsessøgende parres med en speciallæge. Akut sektion er som udgangspunkt altid superviseret af Bagvagten/speciallæge.

Der udarbejdes på afdelingen en struktureret flyvefærdighedsplan/uddannelsesplan for intro-lægenes første tid på afdelingen hvor det skemalagt og der er sat tid af til, at de får taget de første kompetencekort i.h.t porteføljen.

For hoveduddannelseslægerne har afdelingen udarbejdet et struktureret rotationsskema, hvoraf det fremgår præcis, hvornår de enkelte hoveduddannelseslæger er planlagt til de forskellige uddannelsesforløb, de skal igennem i løbet af deres år på afdelingen. Dette fremgår også af vores vagtskemaer med forskellige farvekoder.

Desuden har vi på afdelingen en skabelon for den første vejledersamtale, hvor man sikrer sig, at der laves en individualiseret uddannelsesplan for den enkelte uddannelsessøgende lære mhp målrette læring og kompetencevurdering.

Alle uddannelsessøgende læger får tildelt en vejleder. Det samme gælder for vores reservelæger i uklassificerede stillinger. Afdelingen har prioriteret, at alle hovedvejleder har en månedlig lønnet vejlederdag.

ad Læringsmiljøet på afdelingen:

Vi er uenige i vurderingen "særdeles problematisk".

Vi mener, at vi har en afdeling, hvor der er generel stor tilfredshed med uddannelsen. Dette afspejlet i

- evaluer.dk.
- det store antal ansøgere vi har til vores intro- og uklassificerede reservelæge stillinger. I hvis ansøgninger det ofte er nævnt, at de målrettet søger vores afdeling på baggrund af, hvad de hører om vores gode og strukturerede læringsmiljø fra nuværende og tidligere uddannelsessøgende læger på afdelingen.
- Jævnlig tilbagemeldinger fra uddannelsessøgende, der sætter pris på vores struktur og de særlige tiltag, som I selv nævner (blokskole, hæmodynamikskole osv)
- Fastholdelse af vores HU4 læger, som vælger at blive i afdelingen som fastansatte speciallæger
- Styrker nævnt i SWOT analysen

Den største uenighed beror dog på, at vi ikke mener, at jeres vurdering beror på en bred og generel vurdering af hele afdelingen som uddannelsessted.

Majoriteten af afdelingens speciallæger yder dagligt en kæmpe indsats for at sikre et godt læringsmiljø. Hvor de står til rådighed både som daglige- og som hovedvejledere, for at hive de uddannelsessøgende læger med i specifikke læringssituationer, yde direkte supervision og give konstruktiv feedback. Derudover er der blandt majoriteten af vores speciallæger en gejst og entusiasme omkring uddannelse, der sikrer kontinuerlig udvikling og nye initiativer. At bedømmelsen ikke sker på et samlet billede og deres indsats slet ikke tages til indtægt, finder vi forkert og uretfærdigt.

Yderligere kommentarer til rapporten:

ad Særlige initiativer:

Vi har følgende tilføjelser som også blev nævnt mundtligt ifm besøget.

- 14:30 møde/konference (ca. 40 min) alle hverdage: en speciallæge er tovholder ifm. de yngre lægers refleksion over dagen med åben diskussion.
- Ugens Udfordring (ca. 40 min) 1 gang om ugen: Hands-on undervisning ved speciallæge i f.eks. UL til nerveblokader, FAST, FATE, fiberskopi, navlevenekateter mm.
- "Simulationstræning af akut dårlige nyfødte barn" på sectiostuen ved sechersbord (ca. 40 min 1 gang om måneden) træning med dedikeret børneanæstesiolog og pædiater.
- Neonatal simulationstræning (3 timer) for alle nyansatte speciallæger og HU4 læger.
- ITA børnesimulationstræning (1 hel dag) for alle nyansatte speciallæger og HU4 læger
- 45 min undervisning hver torsdag morgen
- møder mellem UAO og uddannelseslæger på afdelingen 40 min x 3-4 gange om året
- Boddy ordning for alle nyansatte uddannelseslæger inkl. Uklassificerede reservelæger.
- CVK-undervisning for introlæger i løbet af flyvefærdighedsperioden. Ene-undervisning med træning på fantom.
- Mini-learning lab på reservelægekontoret: fantomer (ryg, hals, stikkepuder) og forskelligt udstyr (cvk, sheat, spinal, epidural, laryngoskop mm) til procedurer ligger frit fremme tilgængeligt til gennemgang/træning ved behov.

Fra: [CHR-FP-Lægeuddannelsen](#)
Til: [Tobias Kongstad-Hansen](#)
Cc: [Lise Møller](#); [Birgitte Rønn](#)
Emne: VS: Om inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 8. December 2022 på Næstved og Slagelse Sygehuse, Ortopædkirurgisk afd..
Dato: 18. januar 2023 12:20:54

Fra: Pia Lykke Wise <PLWI@SST.DK>

Sendt: 18. januar 2023 11:35

Emne: Om inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 8. December 2022 på Næstved og Slagelse Sygehuse, Ortopædkirurgisk afd..

Inspektorrapporten fra besøget findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside – <https://www.sst.dk/da/-/media/Inspektorrapporter/Oest/Slagelse-Sygehus/ortopaed/Inspektorrapport-081222.ashx>

Vi har disse kommentarer:

Der er tale om et rutinebesøg på Ortopædkirurgisk afd., Næstved og Slagelse Sygehuse. Sidste inspektorbesøg var i november 2016. Akutte funktioner indenfor specialet varetages i Slagelse, mens elektive funktioner varetages i Næstved.

Afdelingen uddanner KBU-læger samt læger i introduktions- og hoveduddannelse til ortopædkirurgi. Der er aktuelt ansat 10 KBU-læger, 4 introduktionslæger og 4 hoveduddannelseslæger. Afdelingen deltager desuden i uddannelse af hoveduddannelseslæger fra hele Region Sjælland til håndkirurgisk ophold af 1 mdr. varighed og alloplastik forløb af 3 mdr. varighed samt introduktionslæger til artroskopiske kompetencer.

Det fremgår ikke tydeligt, hvem der har deltaget i udarbejdelse af selvevalueringsrapporten, men alle læger har været inviteret til at deltage. Evalueringen har desuden været gennemgået på tre morgenmøder.

Ved inspektorbesøget deltog sygehusets vicedirektører Henrik Stig Jørgensen og Anne-Grethe Larsen, afdelingernes Cheflæge, Chefsygeplejerske, Uddannelsesansvarlige overlæge (konstitueret), 7 speciallæger (4 overlæger og 3 afdelingslæger) og 15 uddannelseslæger (5 KBU-læger, 1 introduktionslæge, 3 hoveduddannelseslæger og 6 uklassificerede læger.)

Afdelingens og inspektorernes temascoring er samstemmende fraset medicinsk ekspert, hvor afdelingen scorer 'særlig god' og inspektorerne scorer 'tilfredsstillende'. 11/16 temaer er scoret tilfredsstillende. Akademiker og forskning scores 'særlig problematisk' og konferencer og arbejdstilrettelæggelse scores 'utilfredsstillende' hos begge parter.

Inspektorrapporten beskriver en afdeling, hvor uddannelsesmiljøet generelt er godt og langt de fleste yngre læger er tilfredse. Afdelingen har dog siden januar 2022 overtaget ansvaret for skadestuen med tilførsel af 10 KBU-læger og 9 uklassificerede læger, hvilket ikke er helt på plads endnu. Den nye målbeskrivelse er desuden ikke fuldt implementeret, hvilket afdelingen dog har fokus på. Indsatsområder fra sidste besøg er delvist opfyldt, bl.a. er der indført sparringsmøder for vejledere, mens der fortsat ikke anvendes struktureret feedback ved kirurgiske indgreb.

Der er efter aftale med afdelingen fremsat følgende indsatsområder:

1. Medicinsk ekspert: Implementering af den nye målbeskrivelse. Forslag om erfaringsudveksling med andre uddannelsesafdelinger, DOS Workshop marts 2023
2. Medicinsk ekspert/arbejdstilrettelæggelse: Manglende operationskompetencer for hoveduddannelseslæger. Forslag om fokus ved skemalægning, øget fordeling af operationer mellem læger, disponeringsmøder i starten af vagten og/eller ekstra operationslejer i dagtid prioriteret til uddannelseslæger
3. Forskning: Manglende forskningsleder i afdelingen. Forslag om udnyttelse af

- afdelingens læger med PhD
4. Akademiker: Manglende afholdelse af formaliseret undervisning. Forslag om præsentationer ved uddannelseslæger

Inspektorerne opstiller en række indsatsområder. Sundhedsstyrelsen forholder sig ikke til indsatsområder af mere strukturel karakter, da det falder udenfor inspektorordningens rammer. Men generelt støttes tiltag, der kan bedre uddannelsen i afdelingen. Sundhedsstyrelsen er enige i de ikke strukturelle indsatsområder, som vi finder vil optimere afdelingens uddannelsespotentialer.

På baggrund af de ovenfor anførte bekymringer vedr. manglende implementering af den nye målbeskrivelse og overtagelse af skadestuefunktionen planlægges der med, at næste inspektorbesøg finder sted som et opfølgende besøg om 2 år.

Henvendelser vedrørende Inspektorordningen kan ske til Pia Lykke Wise, plwi@sst.dk, tlf. 2012 0713 eller Benni Bees, beb@sst.dk, tlf. 7222 7884.

Med venlig hilsen

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

Med venlig hilsen

Pia Lykke Wise

Pia Lykke Wise
Sekretær
Sekretariatet for Inspektorordningen
plwi@sst.dk
Direkte tlf: 2012 0713

Sundhedsstyrelsen
Uddannelsesenheten
SSTuddannelse@sst.dk



Læs [her](#) om hvordan Sundhedsstyrelsen behandler personoplysninger.

[Twitter](#) • [LinkedIn](#) • [Facebook](#) • sst.dk

Inspektorrapport

SST-id	INSPBES-00002610
Afdelingsnavn	Ortopædkirurgisk afdeling
Hospitalsnavn	Næstved og Slagelse Sygehuse
Besøgsdato	08-12-2022

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	Nej
Anbefalet tidshorisont	24

Deltagere

Sygehus/Centerledelse	Cheflæge, Chefsygeplejerske, Sygehusets Vicedirektører Henrik Stig Jørgensen og Anne-Grethe Larsen.
Speciallæger	7 stk
Uddannelsessøgende læger	15 stk
Andre	

Dokumenter

Godkendt af afdelingen	Ja

Aftaleparter

Ledende overlæge	Henrik Vilsner
Uddannelsesansvarlig overlæge	Veronica Leeberg
Inspektor 1	Kirstin Marie Petersen
Inspektor 2	Hans Rasmus Ingersgaard Jørgensen
Evt. inspektor 3	Michael Houllind Larsen

Dokumenter

Konklusion og kommentar til besøg	Inspektorbesøg d 8/12 -2022, Slagelse Sygehus, Ortopædkirurgisk afdeling. Siden sidst: Der er tale om rutinebesøg efter 6 år. Ved sidste besøg blev der udarbejdet 4 fokuspunkter, som sparsomt er opfyldt. (se senere) Generelt:

I Slagelse ses en kombination af primært traumatologiske og håndkirurgiske patienter med et optag område på ca. 210.000 borgere. De elektive patienter (Hoftealloplastik, Knæalloplastik, fodkirurgisk og idrætskirurgisk) ses i Næstved. Afdelingen har fået behandlingsansvar i skadestuen pr. 1 januar 2022 og fået tilført 10 KBU-læger og 9 uklassificeret læger mhp. at løfte denne opgave. Afdelingen har egen ambulatorievirksomhed, egen sengeafdeling og delt operationsgang med kirurgisk afdeling. Afdelingen har forvagter som primært dækkes af KBU-læger. Vagten er 2 delt. Afdelingen har indført 2 mellemvagter i døgnvagt som dækkes af præ-intro, intro- og post-intro læger, samt HU-læger. Mellemvagten er delt i 2, med en MV1 som primært er på OP i dagtid og tager skadestuen/huset/tilsyn i aften og visa versa med en MV2. Bagvagten er til stede 24/7 og dækkes af HU3 eller speciallæge. Afdelingen afholder morgenkonference kl 8.00, hvor dagens program samt indlagte og opererede patienter gennemgås. Der er planlagt 3 min case-undervisning et par dage om uge, samt længere undervisning en enkelt dag om ugen – Der har i afdelingen ikke været fokus på at efterkomme dette. Et forslag kunne være synlig formalisering af dette med undervisningsplaner i konferencerummet. Op til besøget er UAO blevet sygemeldt og den funktion varetages nu af Uddannelsesansvarlig læge.

Besøget:

Besøget var godt planlagt og inspektorholdet har modtaget relevante papir mm. I god tid forud for besøget. Den fremsendte selvevalueringsrapport er udarbejdet over 3 morgenmøder, således flest mulige læger har kunne bidrage til denne. Der var flot deltagelse af afdelingens læger. Arbejdsgangen på besøgsdagen var tilpasset, så flest muligt

	kunne deltage i besøget. Der var ingen morgenundervisning denne dag. Morgenkonferencen har lidt uddannelsesværdi for de yngste lægerne i afdelingen. KBU: Til mødet deltog i alt 5 KBU-læger. De beretter om relevant uddannelsesplaner og vejledermøder. Der ønskes bedre introduktionsprogram med oplæring, flere følgevagter og en formaliseret undervisning til skadestuen. KBU-lægerne fortæller om et trygt arbejdsmiljø i afdelingen, dog føler de sig alene efter kl 18.00. Der ønskes bedre mulighed for supervision. Et forslag til forbedring kunne være at synliggøre enten speciallæge eller erfaren mellemvagt i skadestuen fra 18.00 til 23.00, således flowet kunne øges, skabe mulighed for bedre supervision, og skabe bedre arbejdsmiljø for de yngste læger. I-/HU-Læger: 10 læger deltog i mødet (6 uklassificeret, 1 introlæge, 3 HU-læger). Der er i alt 18 læger i mellemvagtslaget. Introlæger: (kun 1 tilstede) Kommer i et 1-2-uges fokuseret ophold i idrætsskirurgi i Næstved. Man skal være meget opmærksom på om man kan opfylde kompetencerne i den nye målbeskrivelse ved dette korte ophold. HU-Læger: Der skelnes ikke til erfaringsniveauet i afdelingens mellemvagtslag, hvilket er til frustration for særligt HU-lægerne som ikke får opfyldt deres kirurgiske kompetencer. En enkelt HU-læge er bekymret for at kunne varetage fremtidig bagvagtsfunktion grundet manglende kirurgi. Der tages ikke højde for niveau og kompetencer i arbejdstilrettelæggelsen. Man kan med fordel skemalægge dette eller sikre en bedre kultur i afdelingen om at bytte operationer til relevante kompetanceniveau. Et andet forslag kunne være disponeringsmøder i starten af vagten for at udnytte det maximale uddannelsespotentiale her. Alternativt

	kan ekstra operationslejer i dagstid oprettes og prioriteres til hoveduddannelseslægerne. Der kunne med fordel indføres kompetencetavle, således uddannelseslægerne i afdelingen kunne synliggøres bedre, så operationer kunne prioriteres efter behov. Der berettes om god supervision ved kirurgisk indgreb, dog manglende struktureret feedback (ingen minicex osv.). Speciallæger: 3 afdelingslæger og 4 overlæger deltog i mødet. Det bekræftes, at der er dårligt samarbejde med akutafdelingen med mange "uberettet" tilsyn, manglende klare aftale mellem specialerne. Der efterlyses klare aftaler, som skal aftales mellem ledelserne. Ledelsen/UAO: Cheflæge, Chefsygeplejerske og UAO deltager i mødet. Den nye målbeskrivelse er ikke implanteret i afdelingen, dog uddannes allerede 2 HU læger og 1 introlæge efter dette. Afdelingen fortæller at de har fokus på dette og vil forsøge at implantere denne. Konklusion: Afdelingen har generelt et godt tag på uddannelsen af de yngre læger, hvor langt de fleste er tilfredse i afdelingen og ønsker at gøre karriere fremadrettet – både i specialet og på afdelingen. Rutinebesøg om 4 år: Nej – Overtagelsen af skadestuen er en kompliceret proces og ikke til ende bragt. Desuden er den nye målbeskrivelse ikke implanteret endnu. Vi forventer at afdelingen vil få rettet op på dette, men fordi at det er en bekymring anbefaler vi genbesøg om 2 år.
Status for indsatsområder	Fokuspunkt 1: Idrætsskurgien er flyttet til Næstved og det skal sikres at I-lægerne kan få deres kompetencer opfyldt. Fokuseret

	ophold, eller en individuel plan/aftale for tjeneste på Næstved. Løsning: Det er implanteret i tilstrækkeligt for nye introlæger. Man skal være meget opmærksom på, om man kan opfylde kompetencerne i den nye målbeskrivelse. Fokuspunkt 2: Udnyttelse af uddannelsespotentialer i Næstved, under opholdet i alloplastiksektoren. Anvendelse af formaliseret kompetencevurdering (OP evaluering skema, deloperationer, OP kørekort). Løsning: Der er ikke implanteret struktureret feedback, men god supervision. Fokuspunkt 3: Vejledermøder/teams. Møder hvor de vejledere kan spare indbyrdes og gennemgå forløbene. Desuden kan der sammen med UAO lægges "slagplaner". Løsning: Det er implanteret og følges ca. hver 6. måned. Fokuspunkt 4: Udnyttelse af den håndkirurgiske basisproduktion (springfingre, carpaltunnel mm) til uddannelse. Dedikerede lejer til "små" håndkirurgi. Løsning: Potentialer i Slagelse udnyttes.
Aftale mellem inspektorer og afdelingen	Nr. 1 - Indsatsområde: Medicinsk ekspert. Hvad: Implantering af den nye målbeskrivelse (startet 1 november 2022) er ikke på det forventede niveau for nuværende, hvilket er bekymrende for de 2 nuværende hoveduddannelseslæger og 1 introlæge i afdelingen. Forslag til løsning: Implantering af den nye målbeskrivelse skal indføres. Man kan med fordel række ud til andre

	uddannelsesafdelinger for erfaringsudveksling. DOS afholder workshop i marts 2023. Tidshorisont: 3 måneder. Nr. 2 - Indsatsområde: Medicinsk ekspert / Arbejdstilrettelæggelse. Hvad: HU-lægerne manglende operationsaktivitet skal skemalægges bedre således der kommer fokus på dette. Forslag til løsning: Der skal skelnes mellem de yngre læger i mellemvagtlaget således HU-læger for opfyldt deres kirurgiske kompetancer i Traume. Dette kan gøres ved skemalægning eller bedre kultur i afdelingen om at dele operationer. Et andet forslag kunne være disponeringsmøder i starten af vagten for at udnytte det maximale uddannelsespotentialer her. Alternativt ekstra operationslejer i dagstid oprettes og prioriteres til uddannelseslægerne. Tidshorisont: 6 måneder. Nr. 3 - Indsatsområde: Forskning. Hvad: Der er ingen dedikeret forskningsleder i afdelingen. Forslag til løsning: Forsøge at udnytte afdelingens PhD'er til nye projekter evt. sammen med OUH eller Køge Sygehus. Tidshorisont: 12 måneder. Nr. 4 - Indsatsområde: Akademiker. Hvad: Manglende formaliseret undervisning. Forslag til løsning: Afdelingen har allerede formaliseret undervisning, dog efterkommes denne ikke i hverdagen. Det kan være hensigtsmæssigt at de yngre læger inddrages fx med præsentationer: "Hvad lærte jeg i vagten", "Dagens Case" eller 5 min sektorundervisning mm. Tidshorisont: 1-3 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 bekræfter 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 uddannelsesstilbud.

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 uddannelsesstilbud, 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
Inspektør 1	Signe Dolmer
Inspektør 2	Ásta Milthers Theódórsdóttir
Evt. inspektør 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 matrikel 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 udefra 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 bagvagtsfunktionen 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 følgevagts, 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 uddannelsesstavle, 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 uddannelsesstilbud 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



Til

Inspektorsekretariatet
Sundhedsstyrelsen
Uddannelse

Dato: 28. Juli 2022

Psykiatrien Syd

Afdelingsledelsen

Færggårdsvej 15

4760 Vordingborg

Tlf.: 58 53 70 01

E-mail: psy-syd@regionsjaelland.dk

Efter Inspektorbesøg d. 4. november 2021 som havde fokus på uddannelsesmiljøet for læger blev der udgivet en inspektorrapport (SST-id INSPBES-00002730), og der er beskrevet 4 forhold som der skal rettes op på:

1. Introduktion skal ensartes og struktureres. Herunder velkomst og praktiske forhold.
 - a. Tidsramme 6 mdr.
2. Uddannelsesansvarlig overlæge (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 uddannelses tilbud 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.

Sundhedsstyrelsen (SST) skriver til Psykiatrien Syd en email dateret d. 10. februar 2022, at SST generelt bakker op om alle ovenstående tiltag til at fremme uddannelsesmiljøet, men at SST vurderer, at det konkrete indsatsområde som omhandler rekruttering af en UAO (pkt. 2 ovenfor) er af så strukturel karakter at det falder uden for inspektorordningens rammer hvorfor SST ikke kan forholde sig til det. SST udbeder sig 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.

Psykiatrien Syd kan give følgende status på ovenstående forhold:

Ad. 1 Introduktion skal ensartes og struktureres. Herunder velkomst og praktiske forhold.

Svar: I perioden omkring Inspektorbesøget var Psykiatrien Syd i gang med at lave et nyt introduktionsmateriale og introduktionsmappe, og det arbejde var færdigt i løbet af 1-2 mdr. efter besøget. Nu er der igen en ensartet og struktureret proces for introduktion, således at der rettidigt udsendes velkomstbrev, fremmødeskema og introduktionsmateriale, samt en introduktionsmappe til nye læger. Baggrunden for den manglende ensartede og strukturerede introduktion var, at den person som havde stået for dette område i mange år var gået på pension i sommeren 2021 og den person som var blevet ansat som afløser langtidssygemeldte sig efter 3 mdr.s overlappende

ansættelse, og personen kom aldrig tilbage, så det endte med en afskedigelse af denne medarbejder. Det resulterede i, at der var en periode på nogle mdr. hvor der manglede viden og ressourcer til at løfte opgaven. Nu har vi 2 personer til at deles om opgaven, så vi ikke kommer i samme sårbare situation igen og vi er robuste ift. ferie perioder mv. hvor der også starter nye læger.

Ad 2. Uddannelsesansvarlig overlæge (UAO).

Svar: Vi har fra 1. maj 2022 fået ansat en dygtig og engageret uddannelsesansvarlig overlæge, og det har allerede løftet uddannelsesmiljøet, så de mangler der beskrives i pkt. 3 er og bliver løst. Typisk vil en UAO stilling være en kombineret stilling, så det er en overlæge der arbejder klinisk 2-3 dage om ugen og har UAO funktionen 2-3 dage om ugen. Vi har valgt, at vores nye UAO de første 6 mdr. udelukkende beskæftiger sig med at få etableret et godt uddannelsesmiljø ved udelukkende at arbejde med supervision, vejledning, undervisning osv., og først derefter påtager sig kliniske funktioner. Vores UAO er med til morgen og middagskonferencer og kan følge op med de uddannelsessøgende læger, sikrer at alle uddannelsessøgende læger får Struktureret Klinisk observation osv.

Ad 3. Internt arbejde med uddannelseskultur, differentieret opnåelse af kompetencekort, fremmøde og bidrag fra speciallægegruppen til formelle undervisninger, strukturerede vejledersamtaler.

Svar: Der bliver arbejdet med ovennævnte emner og vores UAO er sammen med den uddannelseskoordinerende yngre læge i løbende dialog, og har planlagt en temadag efter sommerferien. Derudover har vores UAO lavet fora for vejlederne, de fastansatte speciallæger, så de sammen kan løfte undervisningsniveauet til yngre læger og forbedre vejledningen osv.

Ad. 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.

Svar: De forskellige uddannelsestilbud er blevet en fast del af vagtskemaet hvor alle kan se dem, og de læses op sammen med dagens program. De uddannelsessøgende læger har fået et nyhedsbrev "Lyttecentralen" hvor igennem der kommunikerer til dem omkring deres uddannelse og andre relevante informationer. Vi har fortsat heldags lægemøde hver mdr. for de uddannelsessøgende læger (hv. 3 tirsdag), hvor der er undervisning 3 timer om formiddagen, og om eftermiddagen er der lægemøde hvor der bl.a. uddannelse er et fast punkt. Ift. skemalægning, så har de uddannelsessøgende læger en tæt kontakt til vores skemalægger, og der er fokus på, at uddannelse prioriteres højt på vagtskemaet, således at det sikres, at de uddannelsessøgende kan komme til de undervisningstilbud som der er.

Mvh
Afdelingsledelsen Psykiatrien Syd

Cheflæge Jens Bo Thomsen og Chefsygeplejerske Mia Hesselberg

ET KORT RESUME AF INPUT VED PKL BESØG

APRIL 2022

Ved besøget 25.4.2022 mødte PKL Sidse Arnfred, ledende overlæge/UAO Jens Bo Thomsen, 2 UKYler, 5 h-læger derudover og 2 i-læger, samt 3 hovedvejledere udover LO/UAO.

Resuméet struktureres jf SWOT analyse, som blev brugt til at guide samtalerne. Alle input er summerede på tværs af informanter. Opdelingen er som jeg noterede undervejs, men muligvis mht trusler og svagheder lidt arbitrær. Under hver punkt er også indsat de punkter der var indskrevet i SWOT analysen som var forberedt inden besøget.

PSYKIATRIEN SYD STYRKER

Imødekomende kolleger der altid er hjælpsomme
Supervisionstavle og supervisionspar
Imødekommenhed hos plejepersonalet.
Individuel ejerskabsfølelse, let at føle sig værdsat.
Lydhørhed overfor individuelle ønsker og ideer fra ledelsen
Indflydelse på eget uddannelsesforløb
"Lille" center, kort vej fra tanke til handling, mulighed for indflydelse og sætte sit præg
Supervision med Chantal
Udredningsgruppen
Smukke omgivelser
Højt til loftet
Meget ansvar
Mindre vagtbelastning end i byen
Mere tid til patientarbejde/uddannelse
God arbejdstilrettelæggelse
Man kan nemt komme til at konferere med speciallæge
Mange forskellige patienter – ikke så meget misbrug ("rene" psykoser)
Fungerende ECT konference
Nyt korps af eksterne forvagter
Månedlig undervisningsdag
Månedlige makkerpar
Tavle med lægeroller og kompetencer for u-læger
Altid B-BV
God triagering i PAM
BV intro i dagtid i PAM

Specialkonsulent hjælper med at arrangere undervisere på den 3.tirs/mdr. En løbende proces som til nu har bedret undervisningen.

Ophold i DP Næstved med rigtig god supervision og læring fra ovl. BAS.

Aktuelt har vi rigtig mange H-læger, som er en stor ressource i forhold til at få blik for vores udfordringer i psykiatrifagligheden, herunder videreuddannelsen.

De ved hvad der er brug for, hvor det kniber hos os i forhold til videreuddannelsen og hvor vi bør sætte ind.

PSYKIATRIEN SYD MULIGHEDER

Optimering af rekrutteringsstrategi

Man kan forme sin drømmestilling, ved evt. videre ansættelse som speciallæge

En personalebus ville hjælpe på afstanden

Styrke lægesammenholdet f.eks. vha. temadage

Vilje til forbedring

Der er lavet model med supervisionspar som har til formål at løfte supervisionen i afsnittet.

Man kan danne makkerpar med farmaceut

Øge Chantal supervision, så det ikke bliver så sjældent at den enkelte h-læge er med

Genopbygge udredningsteam og klinikker

U-lægerne kan være i online klinik og få erfaringer for den måde at behandle på.

Tale kvaliteten af supervision op.

Udvikle uddannelse sammen

Online speciallægerne kan bruges til online supervision (både SKO og video supervision) og som vejledere.

Sikre uddannelse af psykodynamisk supervisor.

Fast terapilokale til u-lægerne med video til videosupervision

Psykofarmakologisk Forum

H-lægerne bindes hårdt i afdelingerne, men kan måske opnå anden form for læring og supervision i det ambulante.

Laptop til alle u-læger

Brug af eksterne supervisorer – man kunne godt have rotation af forskellige supervisorer (ikke nødvendigvis kun én person), som har været en tidl. strategi.

Samlet indsats fra alle læger mht tilknytning til undervisning, supervision og andre udd.fremmende tiltag, så at alle læger kan udvikle sig inkl. speciallægerne

Lige nu har vi alt at vinde og intet at tabe – det kan kun blive bedre. Tør vi tænke nyt? Tør vi trække i hinanden for at skabe det nødvendige løft?

Karriererådgivning tidligt i forløbet er nok et meget forsømt område - fælles workshops vedr. dette?

Er der nogle, der skal sendes på sprogskole i Sorø – via RS?

Etablering af hyppige vejledermøder vil kunne løfte bundniveauet og skabe en udveksling om de enkelte YL' s udfordringer, hvilket ikke foregår lige nu.

Hvordan skabe god overlevering af observationer til hovedvejleder?

Hvis vi får opøvet H-lægenes (og egne) refleksioner i forhold til alle lægerollerne, får vi etableret en gunstig platform for diskussioner/udvekslinger vedr. vores fag og vores afvikling af uddannelsesforløbene.

Afslutte konferencerne med konferencenotat om beslutning

Deltagelse i udredningsteam for svingdørspatienter

Lyttecentralen – nyhedsbrev til u-læger

Samle lægerne til møder uden psykologer og sygeplejersker for at styrke lægeidentitet

Større mandat (og tid) til UKY'erne – samt funktionsbeskrivelse

Bedre fremmøde til undervisning – også fra speciallæger

Særkursus, obligatorisk for speciallæger i Syd, om uddannelse og vejledning og om kliniske retningslinjer. Med video baseret træning. Må løbe over en periode, med forberedelse mellem hvert modul. Nok mindst 6 moduler.

Fremlæggelse af uddannelsesplan ved u-læge en gang om måneden kan øge opmærksomheden på uddannelsesopgaven.

PSYKIATRIEN SYD SVAGHEDER

Geografien (sydspidsen af Sjælland).

Manglende struktur på informationsgange særligt når man er ny, det har været meget tilfældigt, hvad man har fået at vide

Svært at få psykoterapi forløb

Svært at få overblik over hvem der er supervisor

Psykoterapi logistikken fungerer ikke

Svært at få overblik over hvad der er forskningsaktivitet på matriklen

Ratio ml. uddannelsessøgende læger og speciallæger i psykiatri er skæv. Der er flere udd.læger på Vordingborg matrikel pr. speciallæge.

Mangel på speciallæger, særligt dansk uddannede speciallæger.

Mangel på overlæger som H-læger kan spejle sig i og søge viden og supervision hos

Ikke-fungerende morgenundervisningsprogram

Manglende faglighed ved konferencerne

Behandlingen følger ikke guidelines

PAM ledes af ortopædkirurg

Manglende klinikker (om morgenen eks med fokus på psykopatologi, samrating osv)

At h-lægerne påtager sig udviklingsopgaver

At video træne supervision

Der er meget stor spredning på kvaliteten af supervisionen.

Flere u-læger ønsker ikke SKO fordi den er indholdstom
Supervision uden refleksion giver INGEN læring.
Usikkert om alle ved hvad god supervision er.
Usikkert om alle gider eller kan levere god supervision, der skaber refleksion hos YL.
Usikkert om alle har de samme prioriteringer i forhold til videreuddannelsen og vil bringe de nødvendige ofre/afsnit.
Stive strukturer forhindrer måske at H-lægerne får den nødvendige, faglige og personlige udvikling.
Svært for u-lægerne at medvirke til tvang/bruge psykiatrilov
Utrykt arbejdsmiljø
For få sæt med videoudstyr til psykoterapi supervision

PSYKIATRIEN SYD TRUSLER

Manglende UAO

Stadig en del u-læger, der mangler vejledere.
U-lægerne får ikke de anbefalede antal vejledersamtaler
Manglende kvalificerede speciallæger til at varetage vejleder-og supervisionsrollerne.
Kun 1 speciallæge med supervisor kompetencer i psykoterapi (KAT).
U-lægerne føler sig alene "pushet af personalet" og mangler faglig støtte i tvangssituationer.
Speciallæger der ikke er psykiatere er utilstrækkelige til uddannelse
Vejlederne har ikke styr på uddannelsesprogram
Ratio mellem u-læger og speciallæger i sengeafsnittene er for lille
Der er ingen uddannelseskultur
Den landsdækkende mangel på psykiatriske speciallæger, hvor efterspørgsel er langt større end udbud. Dvs. speciallægerne søger ansættelse tættere på hjemmet/privatlivet, der oftest ligger i Region H.
Erfaringsniveauet er faldet drastisk i plejegruppen igennem de seneste år – det lægger noget pres på lægerne. Det mærkes tydeligt.
S1+S3 blokken er meget styret af afd. sygeplejerskerne der tager Safewards til ekstremer, hvilket er særlig problematisk ift (manglende) tvang. YL savner opbakning fra ledelsen ift at det faktisk er en lægeligt beslutning at benytte tvang.
Uheldigt hvis vi accepterer en "laveste fællesnævner", både sproglig, fagligt og kollegialt.
Sprogligt er der udfordringer hos flere. Det kan være svært at forstå hvad der foregår ved en helt almindelig konference. Hvordan er det for patienterne? De pårørende? Samarbejdspartnere?
Fagligt er der for stor spredning, psykopatologi er ikke just "hipt" for alle, men måske for nogle opleves det som en decideret pestilens. Men det er vores samlande platform for at have fælles patienter – både vedr. udredning, håndtering og overlevering.
Er vi tilstrækkelig åbne når en YL påpeger at behandlingen af patienter ikke følger de overordnede behandlingsvejledninger? Det er et aktuelt problem.

Berøringsangst overfor de konflikter, der ligger i forhold til speciallæger, der ikke følger retningslinjer og plejepersonale, der ikke respekterer lægelig beslutningskompetence.
Ultimativt: at h-lægerne nægter at komme til Syd

Til rette vedkommende

Sekretariatet for Lægelig videreuddannelse samt lokale og fælles TR i Region Sjælland

Uddannelsessituationen for lægerne i Psykiatrien Syd har længe været udfordret. Forhåbningen var, at dette ville ændres med ansættelse af uddannelsesansvarlig overlæge (UAO). Men betingelserne for at denne skal kunne gøre noget synes utilstrækkelige, og UAO har desværre haft noget fravær af helbreds-mæssige grunde. Situationen er nu så alvorlig, at jeg ser mig nødsaget til at skrive, idet der ikke længere er meget reel uddannelse i Vordingborg og behandlingen af patienter er ikke tilfredsstillende. Nedenfor nævnes nogle af de mest presserende problemer i øjeblikket. Mange af problemerne har sin baggrund i utilstrækkelige seniore lægelige ressourcer.

Der er af uddannelseslægerne tidligere rekvireret inspektorbeføg på grund af problemerne med uddannelsen, og der var planlagt et opfølgende møde her i sommeren 2022, men dette blev udskudt. Den fratrådte cheflæge har skrevet om uddannelsessituationen, som på skrift fremstår betydeligt mindre bekymrende, end den faktisk er. Mange af de tiltag, som er nævnt i udtalelsen, bliver ikke realiseret i dagligdagen. Dette er blandt andet et resultat af manglende engagement fra nogle af stedets overlæger, men afspejler også aftagende gejst hos flere af de yngre læger. Det manglende engagement kan have sit udspring i at størstedelen af lægerne har en udenlandsk uddannelse eller nyligt er tilflyttet Danmark. Flere behersker ikke dansk tilpas godt til at kunne overskue at engagere sig.

Det er alt andet lige tydeligt, at Psykiatrien Syd har betydelige udfordringer med at rekruttere læger. Påfaldende mange er ansat som konsulenter, og flere arbejder på distance i online-klinikken, hvorved de deltager sparsomt i supervisionen af yngre læger. Rekrutteringsudfordringerne er så betydelige, at man sommetider får ansat læger, der desværre hænger i den tunge ende af anstændig faglig kvalitet. Det gør ikke de nævnte udfordringer mindre.

Psykiatrien Syd har i løbet af den tid, hvor jeg har været i hoveduddannelse i psykiatri, haft usædvanligt mange evaluerings-KBU-forløb. Dette er sandsynligvis også et resultat af rekrutteringsudfordringerne. Senest har der været en KBU-læge, hvis uddannelsesforløb flere H-kollegaer og jeg samstemmende har udtrykt betydelige vanskeligheder med. Disse bekymringer er blevet italesat over for blandt andet UAO. Pågældende læge har boet i Danmark i fem år og taler, på trods af denne lange periode, utilstrækkeligt dansk til at kunne agere læge i dansk kontekst. Lægen har i fire af disse år, arbejdet på en medicinsk afdeling, for at få de første seks måneder af sin KBU godkendt. Der er af ovennævnte gruppe af H-læger rejst bekymring om, hvorvidt lægens faglige niveau er tilstrækkeligt. På trods af flere skriftlige henvendelser om denne utilstrækkelighed, har lægens vejleder, uden hensyn til disse input, godkendt alle lægens kompetencer. Det fremstår

dybt problematisk, at en læge kan blive godkendt trods de mange bekymringer. Og ligeså bekymrende er det, at en lægelig vejleder ikke kan genkende de udfordringer, der er blevet italesat.

Ved sidste fælleskonference for læger og psykologer ("læge-psykologmøde") fremkom oplysninger om, at det seneste hold medicinstuderende har haft et særdeles stort fravær. Det er gentagne gange blevet italesat, at fremmødet blandt de medicinstuderende er utilfredsstillende. Denne gang oplyste flere H-læger, som varetager det meste af undervisningen for de studerende, at der til tider var mødt en enkelt eller ingen studerende op. En af overlægerne havde meldt til den ansvarlige overlæge at hendes studerende ikke var mødt i klinikken. På trods af disse henvendelser, har alle medicinstuderende fået godkendt deres ophold. Mange af oplysningerne var nye for den ansvarlige overlæge. Den yngre læge, som er medansvarlig for de studerende, havde ingen kommentarer til emnet. Det er bekymrende, at medicinstuderende kan blive godkendt for ophold i psykiatrien uden at have været fysisk til stede. Disse vil om ikke så lang tid være læger på vej til at blive speciallæger.

En ikke ubetydelig del af vagtarbejdet på matriklen varetages af medicinstuderende, der arbejder som vikarer. Disse har ingen planlagt eller noget formelt krav på struktureret supervision. Dertil arbejder de under den fratrådte cheflæges autorisation, på trods af at denne afsluttede sin ansættelse i sommeren 2022. De ordinationer, som de studerende foretager, bliver fortsat registreret i systemet under den tidligere cheflæges navn.

Den ambulante lægelige bemanning er særdeles udfordret. Nogle steder kan én yngre læge være alene i et distriktpspsykiatrisk ambulatorium. Dette medfører ansvaret for at behandle over 150 patienter selvstændigt, uden en fast overlæge. Sådanne forhold begrænser mulighederne for bedsidesupervision og endda supervision på det hele taget. Der kan tilføjes at i et distrikt med fast overlæge, er der tildelt ca. 80 patienter pr. H-læge. Det eneste distriktpspsykiatriske ambulatorium med en fast overlæge var det eneste sted, som indberettede strukturerede kliniske supervisionsseancer ved sidste månedlige opgørelse. Resten af centret, både ambulante og sengeafsnit, havde ikke indberettet en eneste supervisionsseance, hvilket er et markant fald fra tidligere og ildevarslende for en uddannelsesinstitution.

Slutteligt skal nævnes, at selv de uddannelsesmæssige tiltag der er afprøvede, mislykkes på grund af den pressede situation. Der er generelt begrænset interesse i undervisning og faglig udvikling. Dette kom tydeligt til udtryk, da der for nylig blev afholdt undervisning i psykofarmakologi med gennemgang af behandlingsvejledninger, som var foranlediget af en meget skæv ordinationsstatistik for Psykiatri Syd ~~hav~~. De læger, som foretager disse "skæve ordinationer", mødte ikke op til undervisningen og fortsætter deres praksis på vanlig vis. Præparatvalgene, der fremkom ved en opgørelse fra Centralapoteket, var præget af forældede traditioner og fulgte ikke de aktuelle behandlingsvejledninger. Flere yngre læger har udtrykt bekymring for at måtte "aflære

sig” den psykofarmakologiske viden de har fået i Psykiatrien Syd før de kommer til et andet hospital. Forsøg på at sætte uddannelse på dagsorden hæmmes af en presset hverdag. Til sidste uddannelsesformiddag for alle yngre læger var både den lokale underviser samt dennes eventuelle stedfortræder sygemeldt. Den uddannelsesorienterede del af den efterfølgende mødeeftermiddag, blev også aflyst grundet fravær. Højt fravær er ikke sjældent tegn på uheldige arbejdsforhold.

Samlet set fremstår Psykiatrien Syd med utilstrækkelige ressourcer, strukturer og motivation til at levere tilstrækkelig indhold og kvalitet i den lægelige videreuddannelse. Der synes at være behov for yderligere tiltag for at sikre at de læger, der aktuelt er på stedet, får gode forløb.

Bahast Biuk

Læge, hoveduddannelseslæge i psykiatri og ph.d.-studerende

København 2022-10-26

Til

Sekretariatet for Lægelig Videreuddannelse Øst

Dato 16. januar 2023

Initialer /ab

**Svar på mail á d. 2. december 2022
vedr. bekymringshenvendelse**

Sekretariatet for Lægelig Videreuddannelse Øst modtog 31. oktober 2022 et brev fra en H1-læge i Psykiatrien Syd om bekymrende forhold i Psykiatrien Syd.

Ved gennemgang af brevet beskrives flere forhold af relevans for den postgraduate lægeuddannelse, som Sekretariatet for Lægelig Videreuddannelse Øst har bedt om bliver undersøgt og, i fald beskrivelsen er i overensstemmelse med de faktiske forhold, udbedres.

Sekretariatet for Lægelig Videreuddannelse Øst har, i mail af den 2. december 2022 til ledelsen i Psykiatrien Syd og Psykiatriledelsen i Region Sjælland bedt om en redegørelse for følgende forhold beskrevet i brevet fra H1-lægen:

1. UAO har været for lidt til stede
2. Utilstrækkeligt uddannelsesengagement blandt speciallægerne
3. Godkendelse af evaluering-KBU-læges kompetencer trods skriftlig henvendelse fra kolleger om bekymring for et for lavt fagligt niveau
4. Uddannelseslæger placeret i ambulant funktion uden speciallæge supervision
5. Ingen bed-side struktureret klinisk observation i sengeafsnit
6. Undervisning aflyses
7. Uddannelseslægerne oplæres i farmakologisk behandling, der er i strid med gældende retningslinjer

Der refereres til ovennævnte skrivelse og punkter adresseres, herunder hvilke tiltag, der er og iværksættes med henblik på at sikre og forbedre den lægelige videreuddannelse:

Ad 1)

Vedr. UAO har været for lidt til stede:

UAO har særligt i september + oktober 2022 været en del fraværende fra matriklen i Vordingborg, dels pga. sygdom samt herudover kursusvirksomhed og undervisning i andre fora uden for afdelingen.

Dette har givet en oplevelse blandt afdelingens læger af, at UAO ikke var så meget til stede, da denne ellers som regel er til stede fire dage ugentlig på matriklen, hvoraf de tre dage er dedikeret til supervision og struktureret klinisk observation, SKO, på de enkelte sengeafsnit.

Dette er nu bedret i forbindelse med, at UAO nu er raskmeldt og ikke forventes at have sygefravær i betydelig omfang fremadrettet. Psykiatriledelsen og Afdelingsledelsen har afholdt samtaler og møde med UAO for at sikre dette.

Psykiatrien i Region Sjælland

Psykiatrien Syd, staben

Færggårdsvej 15

4760 Vordingborg

Tlf. 58 53 70 14

Mobil 23 44 79 75

psy-syd@regionsjaelland.dk

www.regionsjaelland.dk

UAO's øgede tilstedeværelse på afdelingen medvirker til øget fokus på yngre lægers uddannelsesmæssige aktiviteter i afdelingen samt til at fastholde fokus på og opretholde de tiltag beskrevet i "Status på indsatsområder og uddannelsesmiljø Psykiatrien Syd" sendt til Sundhedsstyrelsen den 28. juli 2022. Se venligst det vedhæftede.

Vi har derfor besluttet, at UAO fortsat primært beskæftiger sig med at få etableret og opretholde et godt uddannelsesmiljø ved at arbejde med supervision, vejledning, undervisning osv., og ikke påtager sig kliniske funktioner.

Vores UAO er med til morgen- og middagskonferencer og kan følge op med de uddannelsessøgende læger og sikre at alle uddannelsessøgende læger får struktureret klinisk observation.

Ad 2)

Vedr. utilstrækkeligt uddannelsesengagement blandt speciallægerne:

Vores UAO har i samarbejde med afdelingsledelsen fokus på at øge involvering og engagement i den lægelige videreuddannelse blandt afdelingens øvrige speciallæger. Der er aftalt og afholdes månedlige vejledermøder med UAO.

Speciallægerne bliver gjort opmærksom på mødepligt til dette ved indkaldelsen i kalender og mail samt ved næste læge-/psykolog møde.

PKL vil deltage til dette møde med speciallægerne den 18. januar 2023.

Chefsygeplejersken vil deltage i disse vejledermøder og inviteres til disse, indtil den kommende cheflæge tiltræder den 1. februar 2023 og bliver involveret i dette.

Dagsorden ved disse vejledermøder er:

1. Generel info om uddannelsen af yngre læger, supervision/ vejledning og aktuelle uddannelsesmæssige tiltag i Psykiatrien SYD – 15 min
2. Sparring omkring vejledning/supervision: gode råd og evt. eksempler - 15 min
3. Præsentationsrunde af uddannelsessøgende læger: Hver hovedvejleder, giver en kort præsentation af hver yngre læge, man er vejleder for, med angivelse af uddannelsestrin, evt. væsentlige kommentarer til forløb og om der evt. er udfordringer eller bekymring samt tilbagemelding fra andre kolleger - 60 min
 - a. Vejledning af KBU-læger – I-+H-lægerne er med til dette og I-lægerne går herefter – 15 min
 - b. Vejledning af AP- + I-læger – H-lægerne er med til dette og går herefter – 15 min
 - c. Vejledning af H-læger i psykiatri – kun for speciallægerne fra ca. 30 min
4. Mødeevaluering og evt. emner til næste gang - på mail til UAO og Cc. til afdelingsledelsen.

Alle vejledere for uddannelsessøgende læger på afdelingen har været på vejlederkursus eller er aktuelt i gang med og tilmeldt dette samt opdateringskursus for vejleder hver femte år.

Flere af speciallægerne på afdelingen har været på psykiatriens specialespecifikke vejlederkursus. De speciallæger, som ikke har været på det endnu vil blive prioriteret til dette i 2023.

De speciallæger på afdelingen, som er uddannede i udlandet, har alle bestået de påkrævede sprogtest og har sprogkundskaber, som tillader supervision, vejledning og undervisning af læger på afdelingen.

Hertil vil afdelingens speciallæger opfordres til at deltage ved uddannelseskonferencen for læger i psykiatrien i april 2023.

Ad 3)

Vedr. godkendelse af evaluering-KBU-læges kompetencer trods skriftlig henvendelse fra kolleger om bekymring for et for lavt fagligt niveau:

Vedrørende evalueringsansættelsesforløb af en udenlandsk uddannet læge i KBU lignende forløb, anden forløb på 6 mdr., som der i bekymringsskrivelsen er rejst kritik af, at denne fik godkendt sine kompetencer og ansættelsesforløb, når der var enkelte H-læger der havde givet udtryk for dennes faglige og sproglige niveau.

Den pågældende læge er, løbende under hele sin ansættelse, blevet evalueret på sine kompetencer ved flere kompetente og uafhængige kilder, herunder ved SKO, og der er fundet tilstrækkeligt fagligt niveau af lægens kompetencer, som på denne baggrund blev godkendt.

Afdelingen er opmærksom på, at der kræves særskilt opmærksomhed og ressourcer på at sikre tilegnelsen af kompetencer for denne gruppe af uddannelsessøgende læger i evalueringsansættelser. På denne baggrund vil der fremadrettet ikke være mere end to i evalueringsansættelse ad gangen på afdelingen.

Der er allerede indgået aftale mellem de psykiatriske afdelinger og Psykiatrilædelser i Region Sjælland, at der fremover ikke ansættes KB- læger eller evalueringsansættelser af udenlandske læger i første forløb.

Herudover er aftalt kun at tilbyde ansættelse til læger i andet KBU-forløb/ evalueringsansættelse, og som har en oprigtig genuin interesse i psykiatri, og ved samtale må dette og de sproglige og kommunikative kompetencer vurderes inden en evt. ansættelse.

Disse ansættelsesforløb på afdelingen vil være som skitseret nedenfor:

- Kun andet forløb på 6 mdr., efter at første forløb på 6 mdr. er gennemført i somatikken:
- De første to måneder: Fast daglig fremmøde på sengeafsnit, som lægen tilknyttes, og hvor denne arbejder under supervision og lærer arbejdsgangene, kun dagarbejdstid, ingen vagter.
- Den tredje måned: Trænes vagtfunktion i Psykiatrisk Akutmodtagelse (PAM) og følgevagter, herefter kan denne være i almindelig forvagt de sidste måneder af ansættelsen.
- Under ansættelsen vurderes som led i karriererådgivning af lægen, om der er et potentiale til at fortsætte i uddannelsesforløb i psykiatrien, eller om et andet speciale er mere relevant.

Ad 4)

Vedr. uddannelseslæger placeret i ambulant funktion uden speciallægesupervision:

Aktuelt er en H2-læge, som forventes at være færdig som speciallæge sommeren 2023, aktuelt placeret ved Distriktpsykiatrien Vordingborg. Her er der aktuelt ikke en speciallæge pga. vakant speciallægestilling. Der er søgt fortsat at rekruttere, også via vikarbureauer til dette.

Der er nu aftalt ansættelse af speciallæge i dette ambulatorium fra 1. marts 2023, som vil forestå supervisionen af uddannelsessøgende læger i dette ambulatorium.

Den pågældende H2-læge har fået tilbudt at blive flyttet til et afsnit, hvor der er fast speciallæge til stede, men det har uddannelseslægen ikke ønsket.

Frem til den 1. marts er aftalt følgende:

- H2-lægen får hjælp fra speciallæger i Onlineklinikken til in basket-beskeder, mv. En af overlægerne fra sengeafsnit har ansvaret for alle de retslige patienter med retslige foranstaltninger i dette ambulatorie.
- H2-lægen har fast ugentlig supervision af sin hovedvejleder, som også er i Onlineklinikken, hvor H2-lægen også har fremmøde hver anden uge og har

videokonsultation med patienter. Hertil er en erfaren H2-læge yderligere ml. 1-3 dage om ugen og hjælper i ambulatoriet. Denne vil ligeledes få supervision af sin hovedvejleder, som samtidig er UAO.

Ad 5)

Vedr. ingen bed-side struktureret klinisk observation (SKO) i sengeafsnit:

Der bliver foretaget SKO med skemaet SKO-R som anvendes i psykiatrien. Generelt har dette forbedret sig og antallet af SKO med skema har været stigende siden foråret 2022. Der har over en periode efter sommerferien 2022, været en nedgang i indrapporterede SKO, til dels grundet lokale skift og manglende tilgængelighed for tavlen, hvorpå dette blev noteret. Dette er nu løst og har medført en øget indrapportering af SKO igen. Der udføres løbende registrering af dette fra uge til uge for hver afsnit/ ambulatorie.

Det skyldes også at UAO i september + oktober 2022, har været en del fraværende pga. sygdom. Dette har givetvis medført færre SKO, da UAO udfører supervision med SKO på de enkelte afsnit, som regel tre gange ugentlig. Dette forventes ligeledes bedret i forbindelse med, at UAO nu er raskmeldt.

Der vil blive arrangeret undervisning i SKO og anvendelse af SKO-R skemaet i forbindelse med PKL-besøg januar 2023.

Opfølgende besøg af PKL, hvor denne følger to speciallæger, som har supervision af yngre læger og udfører SKO i klinikken. – aftales ved PKL besøg i januar 2023.

Ad 6)

Vedr. Undervisning aflyses:

Der vil i samarbejde med UKYL blive udarbejdet nyt undervisningsprogram fra januar 2023 mhp. den fastlagte ugentlige undervisning mandag + fredag kl. 13.15-13.45, hvor afdelingens læger og specialpsykologer underviser på skift.

For at sikre at underviserne er til stede på undervisningsdagen og at undervisningen afholdes planmæssigt, vil det månedlige undervisningsprogram blive udarbejdet, når månedens vagtplan foreligger.

Uddannelseslægerne kan søge råd og vejledning hos deres vejledere, UAO eller UKYL i planlægningen af deres egen undervisning. Herudover sender UKYL en ugentlig påmindelse om dette til de pågældende læger/ psykologer, som står for undervisningen.

Der vil være fokus på faglig drøftelse og det uddannelsesmæssige indhold ved dette til middagskonferencerne, hvor der er afsat specifikt 15 min. ekstra til dette punkt dagligt.

Der vil være en ledelsesmæssig forankring i forhold til at gøre opmærksom på og tydeliggøre vigtigheden af, og pligt for både uddannelsessøgende og speciallæger, til at møde til og deltage i ovenstående. Afdelingens ledende overlæger vil være ansvarlige for dette i forbindelse med afholdelse af de daglige morgen- og middagskonferencer, hvor også afdelingens UAO vil deltage regelmæssigt, og der vil være opfølgning på dette med disse og afdelingsledelsen.

Tirsdagsundervisningen vil fremover blive afholdt planmæssigt den tredje tirsdag hele formiddagen i hver måned, og der er aftalt eksterne undervisere til dette minimum 5 måneder frem. For at undgå at undervisningen aflyses i evt. tilfælde af frafald af undervisere pga. sygdom, vil UAO i samarbejde med uddannelsesansvarlig specialpsykolog have fokus, på, at der arrangeres anden underviser eller selv påtage sig at sikre undervisning i andet relevant emne.

Der vil blive udarbejdet nyt introduktionsmateriale med revideret lokalt introduktionsprogram, hvor de enkelte elementer samles på en lokal introdag for yngre læger ved Psykiatrien Syd. Dette vil være i forlængelse af den fælles introduktion ved

Psykiatrien i Region Sjælland og vil forgå i samarbejde med Afdelingsledelsen, UKYL og UAO.

Ad 7)

Vedr. uddannelseslægerne oplæres i farmakologisk behandling, der er i strid med gældende retningslinjer:

Den farmakologiske behandling på sengeafsnit er ikke i strid med gældende retningslinjer, men der kan være en manglende dialog med uddannelseslægerne omkring prioriteringen i dette og valg af lægemidler, og baggrund for hvornår eller hvorfor der afviges fra retningslinjer.

Der har været afholdt temadag for alle afdelingens læger i efteråret 2022, hvor der var både interne og eksterne undervisere om behandling med antipsykotika og behandling af akut agitation eller psykotisk uro. Herudover har der været oplæg om farmakologisk behandling ved akut psykotisk uro samt oplæg fra afdelingens farmaceuter om farmakologiske emner, som statistik over brug og anvendelser af antipsykotiske lægemidler ved Psykiatrien Syd.

Der er allerede aftalt med afdelingsledelsen, at det faglige indhold styrkes til de månedlige læge-/psykologmøder ved, at der hver gang inviteres en forsker til at holde et oplæg samt at der præsenteres kliniske cases med udgangspunkt i den læring, der kommer fra afdelingens BFI-møder (behandlingsfokuseret indsats).

Den 1.februar tiltræder en ny cheflæge, som vil understøtte de ovenstående tiltag.

Der er aftalt et besøg af den postgraduate kliniske lektor, PKL, den 18. januar 2023, som vil have karakter af et optimeringsbesøg. Dagsorden og indhold ved dette vil være som skitseret nedenfor:

- 8.30: Morgenkonference
- Derefter 30 min. undervisning om SKO – for alle, også oversygeplejersker og SPU
- Derefter indledende møde med UAO
- 10:30-12:00 Gruppesamtale med I- og H-læger i Psykiatri
- 12.00: Middagskonference og derefter SKO-samrøring – alle læger + SPU
- 13:15-13:45 Møde med afdelingsledelsen og UAO
- 13:45-14:45 Møde med vejledere - speciallæger
- 14:45-15:15 Afslutning med UAO

Opmærksomhedspunkter i forhold til samtaler om den kliniske uddannelse i psykiatri Syd ved PKL besøg den 18. januar:

- Inspektorrapport og -besøg
- Evalueringer – trækkes af UAO
- Medicinsk ekspert
- Kompetencevurdering – tid, struktur, kort/mini-cex
- Hovedvejleder samtaler – hyppighed, indhold, refleksion
- Klinisk vejledning/supervision – gå med ekspert/stilladsering/feedback
- Integration med H-kursus
- Integration med psykoterapikursus/-uddannelse
- Uddannelsesprogrammer og uddannelsesplaner
- Klinisk indplacering – bagvagt?
- Klinisk placering – uddannelsesrelevans

Psykiatrien Syd vil efter besøg af PKL den 18.januar sikre sig et opfølgende inspektorbesøg primo 2023 for at få genvurderet uddannelsessituationen.

Med venlig hilsen

Haroon Malik Arfan
Uddannelsesansvarlig overlæge

REGION SJÆLLAND

Psykatrien Syd
Afdelingsledelsen
Færgegårdsvej 15
4760 Vordingborg
58537001



Mia Hesselberg Nielsen
Chefsygeplejerske

Søren Rask Bredkjær
Lægefaglig vicedirektør

Supplerende modtagere af denne redegørelse:

Søren Rask Bredkjær
Mia Hesselberg
Sidse Marie Arnfred
Marit Karina Buccarella

Vedhæftet:

- PP: PKL-besøg, program for 18. januar 2022
- Bilag 4 - Inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 4.11.2021 i Psykatrien Syd, Region Sjælland
- Inspektorrapport 041121_SYD
- Status på indsatsområder og uddannelsesmiljø Psykatrien Syd 29.07.2022
- Bekymringshenvendelse 2022-10-26

ET KORT RESUME AF INPUT VED PKL BESØG JANUAR 2023

Ved besøget 18.1.2023 mødte PKL Sidse Arnfred, chefsygeplejerske Mia Hesselberg, UAO Haroon Arfan, 1 UKYL, 4 h-læger derudover og 1 i-læge, samt 7 overlæger udover UAO.

PKL holdt et kort oplæg om speciallægenes opgaver på uddannelsesområdet og om det nye SKOR instrument, samt en velbesøgt og engageret SKOR samrating på 2 videoer.

Ved tidligere besøg, sidst april 2022, har resuméet været struktureret jf SWOT analyse, som blev brugt til at guide samtalerne. Denne gang har der dog i SWOT analysen været meget zoomet ind på de problemer, som har været bragt op i korrespondancen med Videreuddannelsessekretariatet. Da nogle kerneproblemer fra inspektorb besøget november f.eks manglen på UAO er løst, har fokus i samtalerne været først og fremmest på:

- Utilstrækkeligt uddannelsesengagement blandt speciallægerne
- Uddannelseslæger placeret i ambulant funktion uden speciallæge supervision
- Ingen bed-side struktureret klinisk observation i sengeafsnit
- Undervisning aflyses
- Uddannelseslægerne oplæres i farmakologisk behandling, der er i strid med gældende retningslinjer

Dette er søgt belyst særligt i mødet med de uddannelsessøgende læger, og drøftet med speciallægerne.

Dernæst er der også spurgt til:

- Kompetencevurdering – tid, struktur, SKOR
- Klinisk vejledning/supervision – gå med ekspert/stilladsering/feedback
- Psykoterapi kursus/uddannelse
- Klinisk placering – uddannelsesrelevans

Overordnet har investeringen med at give UAO fuldtid, således at han både dækker UAO opgaver og går på runde i afsnittene, hvor han går med og laver SKO været en betydningsfuld faktor for uddannelsesoplevelsen. Det er dog også relativt nyt – fra november 2022 – at dette er i egentlig drift.

I det følgende kommer uddannelseslægerne input først, derefter tilsvarende for speciallægerne, til sidst den ledelsesmæssige opsamling.

Uddannelseslægerne

Styrker

UAO har SKO runder i afsnittene

Flere får SKO x 1 ugentligt

Godt plejepersonale (se dog udfordring senere)

Velvillighed overfor kursusansøgninger

Man lærer meget af at lave SKO af yngre kolleger

Dynamisk almen supervisions gruppe for h-læger (se dog også senere)

Nemt at få psykoterapi patienter via Rado

Udredningsgruppe med gennemgang af 1-2 cases, casemateriale evt. + video ved OL/SP

Klinisk indplacering tilrettelægges i ret stor grad efter uddannelses- og andre u-læge behov

Muligheder

Flere speciallæger giver nu SKO

Nyt intro program og intro-skriv kunne udbygges med info om supervisionsgruppe

BV supervision i tiden 16-18 er stresset, - BV kunne være i PAM hele dagen og supervisere i de roligere timer (alternativt kunne FV gå med gennemgange på 1. sal)

Droppe opstilling af indlæggelser, i stedet fordybelse i de komplicerede cases ved vagtoverdragelse

Fastholde, obligatorisk, morgen efter-vagt feedback

Ambulante u-læger tilbydes at komme med til undervisning, evt virtuelt

Gerne hele eller halve dage med undervisning, gerne farmakologi

Bedre forklaring om brug af 2.og 3. valgs præparater

Ophørt brug af høj dosis akut medicinering

Svagheder

Godt at have KAT/PDY supervisor – men videokons teknik halter og der kan ikke vises video i video

Fortsat meget hvilen på klinisk vejledning og ikke-struktureret observation

Uddannelseskulturen er stadig en udfordring

Vejledermøder er svære at opretholde

Der mangler faglig dialog ved konferencerne

Der er meget pres på at afslutte konferencer hurtigt

Speciallægerne deltager nødtigt i undervisning

Dynamisk almen supervision, som er obligatorisk, opleves som krænkende

Trusler

U-lægerne føler sig tvunget til ordinationer i tvangssituationer, og omvendt kan nærmest ikke ordinere bæltefiksering.

Vejledning fra specialpsykologer og speciallæger, der ikke er psykiatere, opleves ikke meningsfuld for h-læger

Meget sårbart hvis UAO holder op

Speciallægerne

Styrker

Rolig FV om formiddagen – kan gå med til gennemgange

I Næstved DP – fælles klinisk supervision hver eftermiddag

Feedback i vagten – 16-18 af BV

Bruge farmaceut og farmakolog gennemgange mere aktivt

Muligheder

H-læge BV kan altid ringe til beredskabsvagten og få klinisk supervision

U-læger kan trodse sprog barriere ved at tale langsommere, spørge mere ind til klinisk decision-making

Formatere konferencerne så de får fagligt indhold

Obligatorisk Case til diskussion hver dag – efter rulleskema

Fokus på Farmakologi og Psykopatologi i undervisning og supervision fra speciallæger i psykiatri

Færre h-læger nu – end i 2022 (derfor mindre uddannelsesbelastning)

Svagheder

Uddannelseslægerne virker til helst at være fri for supervision

Uddannelseslægerne vil ikke være en byrde

Manglende videnskabelighed

Manglende faglig udvikling blandt speciallægerne og mgl LUS

SKO giver ikke anledning til tilstrækkelig feedback og supervision

Trusler

Mangelfuld dokumentation/registrering af de indsatser der faktisk leveres

Ledelsesudskiftning

(Mangel på cheflæge i over 6 mdr)

Mange helt unge uddannelseslæger, der har brug for ekstra støtte

Supervisionskulturen er fortsat skrøbelig og ikke forankret bredt blandt speciallægerne

Opsamlende møde med Chefsygeplejerske og UAO

Der er fortsat stærkt ledelsesmæssigt fokus på uddannelsesmiljøet og –indsatserne. UAO vil i rum tid fremover have fuld tid til opgaven, og speciallæger sendes på det specialespecifikke vejlederkursus, samt det generelle vejleder kursus.

Det forventes at den nye cheflæge også vil løfte det faglige og videnskabelig miljø og understøtte diverse konference og undervisnings initiativer.

Sygeplejegruppen tager fat om problemet, med at u-lægerne oplever manglende respekt for den lægelige ordinationsret/pligt

Tilbagemeldinger om almen supervisionsgruppe tages til supervisor for at sikre forventningsafstemning

Tilbagemeldinger om vanskeligheder med video-streamet supervision søges løst med supervisor.

Ad. Dagordenspunkt 5: Orienteringspunkter

Sagsfremstilling:

- a. Dagsorden for møde i NRLV den 1. marts 2023
- b. Opgørelser til SST pr. 1. november 2022
- c. Høringssvar vedr. forslag om ændret vejledning for merit i Akutmedicin
- d. Høringssvar Dimensioneringsplan 2024-2028
- e. Status for ansættelse af PKL i 2023

Ad b)

Til orientering vedlægges de opgørelser der præsenteres for Det Nationale Råd den 1. marts 2023 over både introduktions- som hoveduddannelsesstillinger.

Der er 1121 klassificerede og godkendte i-stillinger i VU-ØST. Af disse var 1066 besat den 1. november 2022. Specialerne Almen Medicin og Psykiatri har færre besatte end minimumsantallet. Der har i 2022 været opslået 446 h-forløb. Af disse blev 421 besat. Det højeste antal ledige h-forløb var i 2022 Almen Medicin i Region Sjælland. Hovedårsagen til de 54 ledige h-forløb i Almen Medicin var, at Region Sjælland ikke opslugt alle de dimensionerede forløb pga. manglende ansøgere. I 2023 forventes alle dimensionerede forløb i Almen Medicin opslået.

De 17 ubesatte h-forløb var i specialerne Akutmedicin, Arbejdsmedicin, IM: Geriatri, IM: Reumatologi, Klinisk Immunologi og Neurologi. En del af disse forløb kommer i genopslag. Resten vil indstilles omdannet til flexforløb.

Ad c)

Der er sendt høringssvar med tilsvarende indhold fra de øvrige videreuddannelsesregioner, DR samt specialeselskabet.

Alle høringssvar kan findes [her](#)

Ad d)

Der blev opslået i alt 12 PKL-stillinger til besættelse i 2023. Ved ansøgningsfristens udløb var der indkommet i alt 17 ansøgninger.

Der afholdes ansættelsessamtaler med i alt 15 ansøgere den 1. og 3. marts 2023.

Indstilling:

De enkelte punkter behandles på anmodning.

Bilag:

Bilag 05.01 Dagsorden NRLV den 1. marts 2023

Bilag 05.02 Besatte i-stillinger pr. 1. november 2022

Bilag 05.03 Opslåede og besatte h-forløb 2022

Bilag 05.04 Udkast til vejledning om merit i Akutmedicin

Bilag 05.05 Høringssvar VU-ØST vedr. vejledning om merit i Akutmedicin

Bilag 05.06 Høringssvar Dimensioneringsplan 2024-2028

D A G S O R D E N

B I L A G N 1 - 2 3

Emne Møde i det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse

Mødedato 1. marts 2023 kl. 15.00-17.00

Sted Sundhedsstyrelsen, Auditoriet, Islands Brygge 57, København S

Deltagere Vicedirektør Steen Dalsgård Jespersen, Sundhedsstyrelsen, for-
mand
Enhedschef Agnethe Vale Nielsen, Sundhedsstyrelsen
Lægelig direktør Lone Winther Jensen, Videreuddannelsesregion
Nord
Lægelig direktør Michael Dall, Videreuddannelsesregion
Syd
Vicedirektør Kirsten Wisborg, Videreuddannelsesregion
Øst
Professor, dr.med. Torben Bæk Hansen, Universiteterne
Formand Susanne Axelsen, Lægevidenskabelige Selskaber
Klinikchef Jeanett Bauer, Lægevidenskabelige Selskaber
Overlæge Gitte Valsted Eriksen, Lægevidenskabelige Selskaber
Afdelingslæge Christina Neergaard Pedersen, Lægeforeningen
Læge Kristine Søgaard Dahl, Yngre Læger
Ledende overlæge Inger Brødsgaard, Foreningen af Speciallæger
Almen praktiserende læge Gunver Lillevang, Praktiserende
Lægers Organisation
Lægefaglig direktør Søren Pihlkjær Hjortshøj, Danske
Regioner
Centerchef Thomas I. Jensen, Danske Regioner
Chef for lægeuddannelse Marit Buccarella, Danske Regioner
Professor, dr.med. Doris Østergaard, Uddannelses- og
Forskningsministeriet
Kontorchef Randi Frydensberg Hede, Indenrigs- Sundhedsmini-
steriet
Vicedirektør Birgitte Drewes, Styrelsen for Patientsikkerhed

Sekretariat Enhedschef Claus Malta Nielsen, Sundhedsstyrelsen
Fuldmægtig Katrine Risom, Sundhedsstyrelsen
Fuldmægtig Johanna Mølgaard Rantzau, Sundhedsstyrelsen
Chefkonsulent Jacob Løbner Pedersen, Sundhedsstyrelsen
Specialkonsulent Alma Jensen, Sundhedsstyrelsen

Inviterede Sekretariatschef Tine Boesen Larsen, Videreuddannelsesregion
Syd
Sekretariatschef Lise Møller, Videreuddannelsesregion Øst
Sekretariatschef Mads Skipper, Videreuddannelsesregion Nord

15. februar 2023

Sagsnr. 06-0199-6/
Reference KARM
T 23349660
E karm@sst.dk

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
Danmark

T +45 72 22 74 00
E sst@sst.dk
www.sst.dk

Punkt 1. Velkomst og godkendelse af dagsorden (Bilag NR1-23)

Indstilling:

Det indstilles, at Rådet godkender dagsordenen.

Punkt 2. Rapport med anbefalinger om revision af den lægelige videreuddannelse (Bilag NR2-23, Bilag NR3-23 og Bilag NR4-23)

Sagsfremstilling:

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet rapporten om revisionen af den lægelige videreuddannelse (Bilag NR2-23). Den er resultatet af det store arbejde, som Rådet, arbejdsgrupperne og de mange bidragydere har lagt igennem de seneste år og som skal fremtidssikre speciallægeuddannelsen i de kommende par årtier.

A.

Sundhedsstyrelsen vil på mødet redegøre for revisionens målopfyldelse med henblik på at sammenfatte, hvordan rapportens anbefalinger kan bidrage til, at sundhedsvæsenet kan imødekomme befolkningens fremtidige behov i et tyveårigt perspektiv.

Som oplæg til drøftelse vil et medlem af Rådet, Kirsten Wisborg, præsentere overvejelser om, hvordan ændringerne af den lægelige videreuddannelse kan blive betydningsfulde for kommende patienter.

Som styregruppe for revisionen skal rapporten godkendes af Rådet, hvorefter den kan blive sendt i høring.

B.

Sundhedsstyrelsen fremlægger en plan for processen med høring i en bred kreds med frist ultimo marts 2023. Efter Sundhedsstyrelsens bearbejdning af høringssvarene og rapporten vil den endelige udgave blive overleveret til Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

C.

Efterfølgende vil Sundhedsstyrelsen præsentere en plan for prioritering og implementering af anbefalingerne (Bilag NR4-23), herunder de anbefalinger, der vurderes at være særligt vigtige at igangsætte tidligt for at kunne indfri formålet med revisionen. Det skal vurderes på et principielt niveau, hvordan anbefalingerne bør

prioriteres og implementeres under hensyntagen til deres effekt, indbyrdes afhængigheder mv.

På baggrund af Rådets rådgivning om den efterfølgende implementering af anbefalinger, vil Sundhedsstyrelsen udarbejde et notat, som vil blive forelagt Rådet og behandlet i en skriftlig proces i løbet af marts 2023 sideløbende med høringen. Notatet vil sammen med den endelige rapport blive overleveret til Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Indstilling:

Rådet bedes a/ drøfte indfrielsen af ambitionen med revisionen og godkende rapporten med henblik på en efterfølgende høring, b/ godkende plan for høringsproces og c/ rådgive Sundhedsstyrelsen om den efterfølgende implementering af anbefalingerne.

Punkt 3. Dimensioneringsplan for speciallægeuddannelsen 2024-2028

Sagsfremstilling:

Udkastet til den ny dimensioneringsplan for speciallægeuddannelsen bliver præsenteret på Rådets møde den 14. juni 2023. Denne procesændring i forhold til den oprindelige tidsplan, ifølge hvilken den skulle have været forelagt på nærværende møde, påvirker ikke implementeringen af dimensioneringsplanen fra årsskiftet. Rådet er blevet skriftligt orienteret om procesændringen forud for mødet.

Indstilling:

Til orientering.

Punkt 4. Opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb i 2022 og besatte introduktionsforløb i 2022 (Bilag NR5-23 og Bilag NR6-23)

Sagsfremstilling:

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet opgørelser dels af opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb i 2022 og dels af besatte introduktionsforløb i 2022. Begge opgørelser har været behandlet i en skriftlig høring i Prognose- og Dimensioneringsudvalget. Opgørelserne planlægges offentliggjort marts 2023.

Indstilling:

Til orientering, hvortil eventuelle spørgsmål til opgørelse af opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb i 2022 samt besatte introduktionsforløb i 2022 kan afklares.

Punkt 5. Orientering

- Orientering fra Sundhedsstyrelsen
- Orientering fra Videreuddannelsesregionerne
- Orientering fra øvrige

Punkt 6. Eventuelt



UDKAST

Besatte og godkendte introduktionsforløb i 2022



Speciallægeuddannelsen

Besatte og godkendte introduktionsforløb i 2022

© 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.XXXX
Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
XX, XXXX

Indholdsfortegnelse

1. Baggrund	4
1.1 Minimums- og maksimumsdimensionering	4
1.2 Antal godkendte introduktionsforløb.....	4
1.3 Antal besatte introduktionsforløb	5
1.4 Besættelsesprocent i forhold til minimumsdimensioneringen	5
 Tabel 1: Introduktionsforløb i 2022 – Danmark	6
Tabel 2: Introduktionsforløb i 2022 – Videreuddannelsesregion Øst.....	7
Tabel 3: Introduktionsforløb i 2022 – Videreuddannelsesregion Syd	8
Tabel 4: Introduktionsforløb i 2022 – Videreuddannelsesregion Nord.....	9

1. Baggrund

Af bekendtgørelsen nr. 96 af 2. februar 2018 om uddannelse af speciallæger § 18 fremgår, at Sundhedsstyrelsen årligt indhenter antallet af opslåede og besatte introduktionsforløb 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. Videreuddannelsesregion Nord varetager den lægelige videreuddannelse i Region Nordjylland og Region Midtjylland. Videreuddannelsesregion Syd i Region Syddanmark, og Videreuddannelsesregion Øst i Region Hovedstaden og Region Sjælland.

Sundhedsstyrelsen udarbejder og offentliggør en årlig opgørelse over introduktionsforløb på nationalt niveau og for de enkelte videreuddannelsesregioner på specialniveau og samlet. Opgørelsen af antal opslåede introduktionsforløb er forbundet med usikkerheder grundet manglende indberetning af stillingsnumre ved opslag i uddannelseslæge.dk samt besættelse af flere stillinger i samme opslag¹, og derfor indberetter videreuddannelsesregionerne antallet af godkendte (klassificerede) introduktionsforløb.

Af opgørelsen fremgår:

- Minimums- og maksimumsdimensionering
- Godkendte introduktionsforløb
- Besatte introduktionsforløb
- Besættelsesprocent i forhold til minimumsdimensionering
- Besættelsesprocent i forhold til maksimumsdimensionering

Herunder følger en beskrivelse af indholdet for hver af disse opgørelser.

1.1 Minimums- og maksimumsdimensionering

Sundhedsstyrelsen fastsætter efter rådgivning fra Prognose- og Dimensioneringsudvalget under det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse rammer for dimensionering af introduktions- og hoveduddannelsesforløb i de tre videreuddannelsesregioner 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.

1.2 Antal godkendte introduktionsforløb

De tre videreuddannelsesregioner indberetter årligt oplysninger om antallet af godkendte (klassificerede) introduktionsforløb i deres respektive

¹ Drøftet på mødet i det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse den 4. september 2019

videreuddannelsesregion. Et forløb godkendes af Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse og får tildelt et stillingsnummer.

1.3 Antal besatte introduktionsforløb

Hver Videreuddannelsesregion indberetter årligt antallet af besatte introduktionsforløb i deres respektive videreuddannelsesregion. Data er trukket fra uddannelseslæge.dk, som er regionernes online system til evaluering af uddannelsessteder under speciallægeuddannelsen.

1.4 Besættelsesprocent i forhold til minimumsdimensioneringen

Besættelsesprocenten angiver forholdet mellem antal besatte introduktionsforløb og minimumsdimensioneringen. I de tilfælde hvor antallet af besatte forløb overstiger minimumsdimensioneringen, er besættelsesprocenten fastsat til 100%.

1.5 Besættelsesprocent i forhold til maksimumsdimensioneringen

Besættelsesprocenten angiver forholdet mellem antal besatte introduktionsforløb og maksimumsdimensioneringen. I de tilfælde hvor antallet af godkendte eller besatte introduktionsforløb overstiger maksimumsdimensioneringen, er besættelsesprocenten fastsat til 100%. I disse tilfælde har ansættelsesstedet selv finansieret en udvidelse af introduktionsforløb.

Tabel 1: Introduktionsforløb i 2022 – Danmark

Speciale	Minimumsdimensionering	Maksimumsdimensionering	Godkendte	Besatte	Besættelsesprocent ift. minimumsdimensionering	Besættelsesprocent ift. maksimumsdimensionering
Akutmedicin	70	140	145	105	100%	75%
Almen medicin*	525	700	537	487	93%	70%
Anæstesiologi	84	112	102	110	100%	98%
Arbejdsmedicin	18	27	22	16	89%	59%
Børne- og ungdomspsykiatri	54	94,5	80	78	100%	83%
Dermato-venerologi	18	24	28	28	100%	100%
Gynækologi og obstetrik	48	64	62	80	100%	100%
Intern medicin**	372,5	596	558	531	100%	89%
Karkirurgi	9	15	14	18	100%	100%
Kirurgi	52	91	83	74	100%	81%
Klinisk biokemi	14	28	23	16	100%	57%
Klinisk farmakologi	10	12,5	14	19	100%	100%
Klinisk fysiologi og nuklearmedicin	16	28	26	22	100%	79%
Klinisk genetik	11	16,5	13	14	100%	85%
Klinisk immunologi	8	12	10	12	100%	100%
Klinisk mikrobiologi	12	21	21	18	100%	86%
Klinisk onkologi	56	112	105	100	100%	89%
Neurokirurgi	6	12	10	11	100%	92%
Neurologi	60	90	85	77	100%	86%
Oftalmologi	30	40	36	34	100%	85%
Ortopædisk kirurgi	57	95	94	88	100%	93%
Oto-, rhino-, laryngologi	30	40	41	33	100%	83%
Patologisk anatomi og cytologi	32	48	42	28	88%	58%
Plastikkirurgi	15	20	20	13	87%	65%
Psykiatri	157,5	252	196	120	76%	48%
Pædiatri	42	56	55	59	100%	100%
Radiologi	66	110	95	77	100%	70%
Retsmedicin	3	4	6	4	100%	100%
Samfundsmedicin	24	30	34	30	100%	100%
Thoraxkirurgi	4,5	9	9	9	100%	100%
Urologi	26	45,5	46	44	100%	97%
Total	1.931	2.945	2.611	2.355	100%	80%

* Forløbene i specialet 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.

Tabel 2: Introduktionsforløb i 2022 – Videreuddannelsesregion Øst

Speciale	Minimumsdimensionering	Maksimumsdimensionering	Godkendte	Besatte	Besættelsesprocent ift. minimumsdimensionering	Besættelsesprocent ift. maksimumsdimensionering
Akutmedicin	32	64	75	51	100%	80%
Almen medicin*	231	308	220**	214	93%	69%
Anæstesiologi	39	52	42	47	100%	90%
Arbejdsmedicin	8	12	9	10	100%	83%
Børne- og ungdomspsykiatri	24	42	38	38	100%	90%
Dermato-venerologi	7,5	10	12	12	100%	100%
Gynækologi og obstetrik	24	32	30	38	100%	100%
Intern medicin	155	248	236	234	100%	94%
Karkirurgi	3	5	4	4	100%	80%
Kirurgi	24	42	34	31	100%	74%
Klinisk biokemi	6	12	10	8	100%	67%
Klinisk farmakologi	4	5	6	6	100%	100%
Klinisk fysiologi og nuklearmedicin	8	14	12	11	100%	79%
Klinisk genetik	4	6	4	5	100%	83%
Klinisk immunologi	4	6	5	6	100%	100%
Klinisk mikrobiologi	6	10,5	10	7	100%	67%
Klinisk onkologi	24	48	42	40	100%	83%
Neurokirurgi	2	4	4	4	100%	100%
Neurologi	24	36	33	32	100%	89%
Oftalmologi	12	16	15	15	100%	94%
Ortopædisk kirurgi	25,5	42,5	46	46	100%	100%
Oto-, rhino-, laryngologi	12	16	16	16	100%	100%
Patologisk anatomi og cytologi	12	18	15	13	100%	72%
Plastikkirurgi	6	8	8	6	100%	75%
Psykiatri	70	112	84	61	87%	54%
Pædiatri	19,5	26	26	32	100%	100%
Radiologi	27	45	39	32	100%	71%
Retsmedicin	1,5	2	4	4	100%	100%
Samfundsmedicin	12	15	20	20	100%	100%
Thoraxkirurgi	1,5	3	4	4	100%	100%
Urologi	12	21	18	19	100%	90%
Total	841	1.281	1.121	1.066	100%	83%

* Forløbene i specialet almen medicin er af 6 måneders varighed, men i opgørelsen er antallet af forløb for almen medicin opgjort helårligt.

** Antallet af godkendte introduktionsforløb under minimumsdimensioneringen kan skyldes manglende søgning til specialet.

Tabel 3: Introduktionsforløb i 2022 – Videreuddannelsesregion Syd

Speciale	Minimumsdimensionering	Maksimumsdimensionering	Godkendte	Besatte	Besættelsesprocent ift. minimumsdimensionering	Besættelsesprocent ift. maksimumsdimensionering
Akutmedicin	16	32	20	20	100%	63%
Almen medicin*	117	156	124	104	89%	67%
Anæstesiologi	18	24	24	25	100%	100%
Arbejdsmedicin	4	6	4	2	50%	33%
Børne- og ungdomspsykiatri	12	21	10**	10	83%	48%
Dermato-venerologi	4,5	6	6	7	100%	100%
Gynækologi og obstetrik	9	12	12	21	100%	100%
Intern medicin	85	136	105	107	100%	79%
Karkirurgi	3	5	4	9	100%	100%
Kirurgi	12	21	21	12	100%	57%
Klinisk biokemi	4	8	5	4	100%	50%
Klinisk farmakologi	2	2,5	3	5	100%	100%
Klinisk fysiologi og nuklearmedicin	2	3,5	3	2	100%	57%
Klinisk genetik	3	4,5	3	4	100%	89%
Klinisk immunologi	2	3	2	3	100%	100%
Klinisk mikrobiologi	2	3,5	4	2	100%	57%
Klinisk onkologi	12	24	20	23	100%	96%
Neurokirurgi	2	4	2	3	100%	75%
Neurologi	16	24	20	16	100%	67%
Oftalmologi	7,5	10	7	9	100%	90%
Ortopædisk kirurgi	13,5	22,5	18	16	100%	71%
Oto-, rhino-, laryngologi	6	8	8	5	83%	63%
Patologisk anatomi og cytologi	6	9	6	6	100%	67%
Plastikkirurgi	3,5	6	6	2	44%	33%
Psykiatri	35	56	28**	17	49%	30%
Pædiatri	9	12	11	10	100%	83%
Radiologi	15	25	15	15	100%	60%
Retsmedicin	0,8	1	0,5	0	0%	0%
Samfundsmedicin	4	5	4	3	75%	60%
Thoraxkirurgi	1,5	3	2	1	67%	33%
Urologi	4	7	7	7	100%	100%
Total	432	661	505	470	100%	71%

* Forløbene i specialet almen medicin er af 6 måneders varighed, men i opgørelsen er antallet af forløb for almen medicin opgjort helårligt.

** Antallet af godkendte introduktionsforløb under minimumsdimensioneringen kan skyldes manglende søgning til specialet eller manglende uddannelseskapacitet.

Tabel 4: Introduktionsforløb i 2022 – Videreuddannelsesregion Nord

Speciale	Minimumsdimensionering	Maksimumsdimensionering	Godkendte	Besatte	Besættelsesprocent ift. minimumsdimensionering	Besættelsesprocent ift. maksimumsdimensioneringen
Akutmedicin	22	44	50	34	100%	77%
Almen medicin*	177	236	193	169	95%	72%
Anæstesiologi	27	36	36	38	100%	100%
Arbejdsmedicin	6	9	9	4	67%	44%
Børne- og ungdomspsykiatri	18	31,5	32	30	100%	95%
Dermato-venerologi	6	8	10	9	100%	100%
Gynækologi og obstetrik	15	20	20	21	100%	100%
Intern medicin	132,5	212	217	190	100%	90%
Karkirurgi	3	5	6	5	100%	100%
Kirurgi	16	28	28	31	100%	100%
Klinisk biokemi	4	8	8	4	100%	50%
Klinisk farmakologi	4	5	5	8	100%	100%
Klinisk fysiologi og nuklearmedicin	6	10,5	11	9	100%	86%
Klinisk genetik	4	6	6	5	100%	83%
Klinisk immunologi	2	3	3	3	100%	100%
Klinisk mikrobiologi	4	7	7	9	100%	100%
Klinisk onkologi	20	40	43	37	100%	93%
Neurokirurgi	2	4	4	4	100%	100%
Neurologi	20	30	32	29	100%	97%
Oftalmologi	10,5	14	14	10	95%	71%
Ortopædisk kirurgi	18	30	30	26	100%	87%
Oto-, rhino-, laryngologi	12	16	17	12	100%	75%
Patologisk anatomi og cytologi	14	21	21	9	64%	43%
Plastikkirurgi	4,5	6	6	5	100%	83%
Psykiatri	52,5	84	84	42	80%	50%
Pædiatri	13,5	18	18	17	100%	94%
Radiologi	24	40	41	30	100%	75%
Retsmedicin	0,8	1	1	0	0%	0%
Samfundsmedicin	8	10	10	7	88%	70%
Thoraxkirurgi	1,5	3	3	4	100%	100%
Urologi	10	17,5	21	18	100%	100%
Total	658	1.004	985	819	100%	82%

* Forløbene i specialet almen medicin er af 6 måneders varighed, men i opgørelsen er antallet af forløb for almen medicin opgjort helårligt.

Sundhedsstyrelsen

Islands Brygge 67

2300 København S

www.sst.dk



UDKAST

Opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb 2022



Speciallægeuddannelsen

Opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb 2022
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.XXXX
Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
XX.XX, XXXX

Indholdsfortegnelse

1. Baggrund	4
1.1. Dimensionering	4
1.2. Opslåede hoveduddannelsesforløb	4
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. Fleksforløb	6
 Tabel 1: Opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb i 2022 – Danmark	7
Tabel 1A: Opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb i 2022 - Videreuddannelsesregion Øst	8
Tabel 1B: Opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb i 2022 - Videreuddannelsesregion Syd	9
Tabel 1C: Opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb i 2022 - Videreuddannelsesregion Nord	10
 Tabel 2: Opslåede og besatte fleksforløb i 2022 – Danmark	11
Tabel 2A: Opslåede og besatte fleksforløb i 2022 – Videreuddannelsesregion Øst	12
Tabel 2B: Opslåede og besatte fleksforløb i 2022 – Videreuddannelsesregion Syd ...	13
Tabel 2C: Opslåede og besatte fleksforløb i 2022 – Videreuddannelsesregion Nord .	14

1. Baggrund

Af bekendtgørelsen nr. 96 af 2. februar 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. Videreuddannelsesregion Nord varetager den lægelige videreuddannelse i Region Nordjylland og Region Midtjylland. Videreuddannelsesregion Syd i Region Syddanmark, og Videreuddannelsesregion Øst i Region Hovedstaden og Region Sjælland.

Sundhedsstyrelsen udarbejder og offentliggør opgørelsen over antallet af opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb og fleksforløb årligt. Opgørelsen udarbejdes både samlet og på specialniveau for hele landet og for den enkelte videreuddannelsesregion.

Af opgørelserne fremgår:

- Dimensionering
- Opslåede hoveduddannelsesforløb
- Ansøgere
- Besatte hoveduddannelsesforløb
- Ubesatte forløb i forhold til den gældende dimensionering
- Besættelsesprocent i forhold til den gældende dimensionering
- Fleksforløb

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. Fastlæggelsen af hoveduddannelsesforløb er et konkret antal forløb årligt i hver af de tre videreuddannelsesregioner og for hvert speciale

Dimensioneringen udarbejdes for en tidsbegrænset periode. Den først udarbejdede dimensioneringsplan (oprindelige dimensioneringsplan) kan blive revideret ved behov i dimensioneringsperioden (gældende dimensioneringsplan).

1.2. Opslåede hoveduddannelsesforløb

Hver af de tre videreuddannelsesregioner indberetter halvårligt oplysninger om antallet af opslåede hoveduddannelsesforløb i deres respektive videreuddannelsesregion.

Opgørelsen er inklusiv genopslag, ujævn opslagskadence og opslag fra tidligere ansættelsesrunder, men eksklusiv antal dobbeltbesatte eller forhåndsbesatte forløb, som ikke opslås.

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. Derfor bliver det totale antal af ansøgere ikke unikke ansøgere. 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 er antallet af ubesatte forløb angivet ved differencen mellem antallet af besatte hoveduddannelsesforløb og den gældende dimensionering. Såfremt der er besat flere forløb end den gældende dimensionering, angives dette med to stjerner (**). Dette kan blandt andet skyldes overførsel af forløb fra 2021 til 2022 eller fremadrettede ansættelser på grund af barsel.

Ved summering af tal i opgørelserne indgår ** med værdien 0. Det er derfor ikke muligt at sammenligne opsummeringen af antallet ubesatte forløb på landsplan med antallet af ubesatte forløb på videreuddannelsesregionsniveau.

Det nationale antal af ubesatte forløb kan fremstå lavere 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 **.

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 Fleksforløb

I Dimensioneringsplan 2022-2023 er der givet øget fleksibilitet ved indførelsen af fleksforløb. I hver videreuddannelsesregion er det muligt at opslå og besætte et fastlagt antal fleksforløb inden for den samlede dimensioneringsramme. Et fleksforløb er et ubesat hoveduddannelsesforløb i et speciale konverteret til et hoveduddannelsesforløb i et andet speciale.

Det maksimale antal fleksforløb på landsplan er steget fra 50 fleksforløb i 2021 til 100 fleksforløb i 2022 (og 2023). Antallet af fleksforløb i 2022 for videreuddannelsesregionerne fordeler sig som følgende:

- Videreuddannelsesregion Øst: 44 fleksforløb
- Videreuddannelsesregion Syd: 22 fleksforløb
- Videreuddannelsesregion Nord: 34 fleksforløb

Antallet af benyttede fleksforløb på landsplan fremgår af tabel 2, og fordelingen mellem videreuddannelsesregionerne fremgår af tabellerne 2A (Øst), 2B (Syd) og 2C (Nord). Antallet af opslåede og besatte fleksforløb er særskilte opgørelser i forhold til opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb. I opgørelserne over antallet af opslåede og besatte fleksforløb både på lands – og videreuddannelsesregionsniveau er der i noterne under tabellerne opsummeret antallet af besatte hoveduddannelsesforløb og antallet af besatte fleksforløb samt udregnet besættelsesprocenten.

Tabel 1: Opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb i 2022 – Danmark

Speciale	Gældende Dimensioneringsplan 2022 (Oprindelig dim. plan 2022)	Opslåede	Ansøgere*	Besatte	Ubesatte ift. gældende dimensioneringsplan	Besættelsesprocent
Akutmedicin	35 (35)	46	19	16	19	46%
Almen medicin	350 (350)	325	433	257	93	73%
Anæstesiologi	56 (56)	54	76	54	2	96%
Arbejdsmedicin	9 (9)	11	7	3	6	33%
Børne- og ungdomspsykiatri	27 (27)	32	38	24	3	89%
Dermato-venerologi	12 (12)	11	22	12	0	100%
Gynækologi og obstetrik	32 (32)	35	79	37	**	100%
Intern medicin: endokrinologi	18 (18)	25	30	17	1	94%
Intern medicin: gastroenterologi og hepatologi	15 (15)	21	30	16	**	100%
Intern medicin: geriatri	18 (18)	22	15	13	5	72%
Intern medicin: hæmatologi	11 (11)	10	17	8	3	73%
Intern medicin: infektionsmedicin	9 (9)	11	22	10	**	100%
Intern medicin: kardiologi	27 (27)	27	58	25	2	93%
Intern medicin: lungesygdomme	19 (19)	22	36	18	1	95%
Intern medicin: nefrologi	10 (10)	11	11	10	0	100%
Intern medicin: reumatologi	22 (22)	26	28	13	9	59%
Karkirurgi	6 (6)	8	9	6	0	100%
Kirurgi	26 (26)	30	65	30	**	100%
Klinisk biokemi	7 (7)	7	15	7	0	100%
Klinisk farmakologi	5 (5)	8	8	7	**	100%
Klinisk fysiologi og nuklearmedicin	8 (8)	8	9	8	0	100%
Klinisk genetik	5,5 (5,5)	6	11	5	1	91%
Klinisk immunologi	4 (4)	3	3	2	2	50%
Klinisk mikrobiologi	6 (6)	6	6	5	1	83%
Klinisk onkologi	28 (28)	29	34	25	3	89%
Neurokirurgi	3 (3)	5	25	5	**	100%
Neurologi	30 (30)	32	66	25	5	83%
Oftalmologi	20 (20)	19	62	20	0	100%
Ortopædisk kirurgi	38 (38)	38	89	38	0	100%
Oto-, rhino-, laryngologi	20 (20)	21	48	20	0	100%
Patologisk anatomi og cytologi	16 (16)	25	23	19	**	100%
Plastikkirurgi	10 (10)	10	54	11	**	100%
Psykiatri	63 (63)	74	84	58	5	92%
Pædiatri	28 (28)	30	41	30	**	100%
Radiologi	44 (44)	50	75	49	**	100%
Retsmedicin	2 (2)	2	7	2	0	100%
Samfundsmedicin	12 (12)	12	27	11	1	92%
Thoraxkirurgi	3 (3)	3	17	3	0	100%
Urologi	13 (13)	19	29	17	**	100%
Total	1.067,5 (1.067,5)	1.134	1.728	936	162	88%***

* Antallet af ansøgere er ikke unikke ansøgere.

** angiver, at der har været flere besatte forløb i forhold til gældende dimensioneringsplan. Det kan blandt andet skyldes overførsel af forløb fra 2021 til 2022 eller fremadrettede ansættelser på grund af barsel.

*** I de specialer, hvor der er besat flere forløb end dimensioneringsplanen, vil den totale besættelsesprocent overestimeres. Ved justering af forløb højere end dimensioneringen til antal dimensionerede forløb bliver besættelsesprocenten 83%.

Tabel 1A: Opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb i 2022 - Videreuddannelsesregion Øst

Speciale	Gældende Dimensioneringsplan 2022 (Oprindelig dim. plan 2022)	Opslåede	Ansøgere*	Besatte	Ubesatte ift. gældende Dimensioneringsplan	Besættelsesprocent
Akutmedicin	16 (16)	17	8	7	9	44%
Almen medicin	154 (154)	120	157	100	54	65%
Anæstesiologi	26 (26)	24	30	26	0	100%
Arbejdsmedicin	4 (4)	4	2	0	4	0%
Børne- og ungdomspsykiatri	12 (12)	12	27	14	**	100%
Dermato-venerologi	5 (5)	5	14	6	**	100%
Gynækologi og obstetrik	16 (16)	16	36	18	**	100%
Intern medicin: endokrinologi	8 (8)	10	17	10	**	100%
Intern medicin: gastroenterologi og hepatologi	7 (7)	8	12	8	**	100%
Intern medicin: geriatri	7 (7)	9	7	6	1	86%
Intern medicin: hæmatologi	4 (4)	3	11	4	0	100%
Intern medicin: infektionsmedicin	4 (4)	4	15	5	**	100%
Intern medicin: kardiologi	11 (11)	9	20	12	**	100%
Intern medicin: lungesygdomme	8 (8)	9	23	9	**	100%
Intern medicin: nefrologi	5 (5)	6	5	5	0	100%
Intern medicin: reumatologi	8 (8)	9	13	7	1	88%
Karkirurgi	2 (2)	2	5	2	0	100%
Kirurgi	12 (12)	14	34	14	**	100%
Klinisk biokemi	3 (3)	3	9	3	0	100%
Klinisk farmakologi	2 (2)	3	4	3	**	100%
Klinisk fysiologi og nuklearmedicin	4 (4)	4	4	4	0	100%
Klinisk genetik	2 (2)	2	5	2	0	100%
Klinisk immunologi	2 (2)	1	1	1	1	50%
Klinisk mikrobiologi	3 (3)	3	4	3	0	100%
Klinisk onkologi	12 (12)	12	20	12	0	100%
Neurokirurgi	1 (1)	1	9	1	0	100%
Neurologi	12 (12)	11	41	11	1	92%
Oftalmologi	8 (8)	7	23	8	0	100%
Ortopædisk kirurgi	17 (17)	17	45	18	**	100%
Oto-, rhino-, laryngologi	8 (8)	9	23	9	**	100%
Patologisk anatomi og cytologi	6 (6)	12	12	11	**	100%
Plastikkirurgi	4 (4)	4	24	5	**	100%
Psykiatri	28 (28)	27	35	28	0	100%
Pædiatri	13 (13)	14	17	15	**	100%
Radiologi	18 (18)	20	30	21	**	100%
Retsmedicin	1 (1)	1	5	1	0	100%
Samfundsmedicin	6 (6)	6	20	6	0	100%
Thoraxkirurgi	1 (1)	1	8	1	0	100%
Urologi	6 (6)	7	16	7	**	100%
Total	466 (466)	446	791	423	71	91%***

* Antallet af ansøgere er ikke unikke ansøgere.

** angiver, at der har været flere besatte forløb i forhold til gældende dimensioneringsplan. Det kan blandt andet skyldes overførsel af forløb fra 2021 til 2022 eller fremadrettede ansættelser på grund af barsel.

*** De specialer, der har besat flere forløb end dimensioneringsplanen, vil trække den totale besættelsesprocent op. Ved justering af de overbesatte forløb til antal dimensionerede forløb bliver besættelsesprocenten 85 pct.

Tabel 1B: Opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb i 2022 - Videreuddannelsesregion Syd

Speciale	Gældende Dimensioneringsplan 2022 (Oprindelig dim. plan 2022)	Opslåede	Ansøgere*	Besatte	Ubesatte ift. gældende Dimensioneringsplan	Besættelsesprocent
Akutmedicin	8 (8)	8	4	3	5	38%
Almen medicin	78 (78)	78	117	56	22	72%
Anæstesiologi	12 (12)	12	19	12	0	100%
Arbejdsmedicin	2 (2)	2	0	0	2	0%
Børne- og ungdomspsykiatri	6 (6)	7	3	3	3	50%
Dermato-venerologi	3 (3)	3	4	3	0	100%
Gynækologi og obstetrik	6 (6)	7	13	7	**	100%
Intern medicin: endokrinologi	4 (4)	7	6	1	3	25%
Intern medicin: gastroenterologi og hepatologi	3 (3)	5	9	4	**	100%
Intern medicin: geriatri	4 (4)	6	3	2	2	50%
Intern medicin: hæmatologi	3 (3)	3	1	1	2	33%
Intern medicin: infektionsmedicin	2 (2)	3	1	1	1	50%
Intern medicin: kardiologi	7 (7)	9	17	4	3	57%
Intern medicin: lungesygdomme	4 (4)	4	5	3	1	75%
Intern medicin: nefrologi	2 (2)	2	2	2	0	100%
Intern medicin: reumatologi	5 (5)	6	5	2	3	40%
Karkirurgi	2 (2)	4	3	3	**	100%
Kirurgi	6 (6)	8	14	8	**	100%
Klinisk biokemi	2 (2)	1	1	1	1	50%
Klinisk farmakologi	1 (1)	2	2	2	**	100%
Klinisk fysiologi og nuklearmedicin	1 (1)	1	1	1	0	100%
Klinisk genetik	1,5 (1,5)	2	1	1	0,5	67%
Klinisk immunologi	1 (1)	1	0	0	1	0%
Klinisk mikrobiologi	1 (1)	1	0	0	1	0%
Klinisk onkologi	6 (6)	6	7	6	0	100%
Neurokirurgi	1 (1)	1	8	1	0	100%
Neurologi	8 (8)	9	11	7	1	88%
Oftalmologi	5 (5)	6	23	6	**	100%
Ortopædisk kirurgi	9 (9)	9	18	8	1	89%
Oto-, rhino-, laryngologi	4 (4)	4	6	3	1	75%
Patologisk anatomi og cytologi	3 (3)	5	5	3	0	100%
Plastikkirurgi	3 (3)	3	14	3	0	100%
Psykiatri	14 (14)	18	15	12	2	86%
Pædiatri	6 (6)	6	5	5	1	83%
Radiologi	10 (10)	11	17	10	0	100%
Retsmedicin	0,5 (0,5)	1	2	1	**	100%
Samfundsmedicin	2 (2)	1	1	0	2	0%
Thoraxkirurgi	1 (1)	1	4	1	0	100%
Urologi	2 (2)	4	5	3	**	100%
Total	239 (239)	267	372	189	58,5	79%***

* Antallet af ansøgere er ikke unikke ansøgere.

** angiver, at der har været flere besatte forløb i forhold til gældende dimensioneringsplan. Det kan blandt andet skyldes overførsel af forløb fra 2021 til 2022 eller fremadrettede ansættelser på grund af barsel.

*** De specialer der har besat flere forløb end dimensioneringsplanen vil trække den totale besættelsesprocent op. Ved justering af de overbesatte forløb til antal dimensionerede forløb bliver besættelsesprocenten 76 pct.

Tabel 1C: Opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb i 2022 - Videreuddannelsesregion Nord

Speciale	Gældende Dimensioneringsplan 2022 (Oprindelig dim. plan 2022)	Opslåede	Ansøgere*	Besatte	Ubesatte ift. gældende Dimensioneringsplan	Besættelsesprocent
Akutmedicin	11 (11)	21	7	6	5	55%
Almen medicin	118 (118)	127	159	101	17	86%
Anæstesiologi	18 (18)	18	27	16	2	89%
Arbejdsmedicin	3 (3)	5	5	3	0	100%
Børne- og ungdomspsykiatri	9 (9)	13	8	7	2	78%
Dermato-venerologi	4 (4)	3	4	3	1	75%
Gynækologi og obstetrik	10 (10)	12	30	12	**	100%
Intern medicin: endokrinologi	6 (6)	8	7	6	0	100%
Intern medicin: gastroenterologi og hepatologi	5 (5)	8	9	4	1	80%
Intern medicin: geriatri	7 (7)	7	5	5	2	71%
Intern medicin: hæmatologi	4 (4)	4	5	3	1	75%
Intern medicin: infektionsmedicin	3 (3)	4	6	4	**	100%
Intern medicin: kardiologi	9 (9)	9	21	9	0	100%
Intern medicin: lungesygdomme	7 (7)	9	8	6	1	86%
Intern medicin: nefrologi	3 (3)	3	4	3	0	100%
Intern medicin: reumatologi	9 (9)	11	10	4	5	44%
Karkirurgi	2 (2)	2	1	1	1	50%
Kirurgi	8 (8)	8	17	8	0	100%
Klinisk biokemi	2 (2)	3	5	3	**	100%
Klinisk farmakologi	2 (2)	3	2	2	0	100%
Klinisk fysiologi og nuklearmedicin	3 (3)	3	4	3	0	100%
Klinisk genetik	2 (2)	2	5	2	0	100%
Klinisk immunologi	1 (1)	1	2	1	0	100%
Klinisk mikrobiologi	2 (2)	2	2	2	0	100%
Klinisk onkologi	10 (10)	11	7	7	3	70%
Neurokirurgi	1 (1)	3	8	3	**	100%
Neurologi	10 (10)	12	14	7	3	70%
Oftalmologi	7 (7)	6	16	6	1	86%
Ortopædisk kirurgi	12 (12)	12	26	12	0	100%
Oto-, rhino-, laryngologi	8 (8)	8	19	8	0	100%
Patologisk anatomi og cytologi	7 (7)	8	6	5	2	71%
Plastikkirurgi	3 (3)	3	16	3	0	100%
Psykiatri	21 (21)	29	34	18	3	86%
Pædiatri	9 (9)	10	19	10	**	100%
Radiologi	16 (16)	19	28	18	**	100%
Retsmedicin	0,5 (0,5)	0	0	0	0,5	0%
Samfundsmedicin	4 (4)	5	6	5	**	100%
Thoraxkirurgi	1 (1)	1	5	1	0	100%
Urologi	5 (5)	8	8	7	**	100%
Total	362,5 (362,5)	421	565	324	50,5	89%***

* Antallet af ansøgere er ikke unikke ansøgere.

** angiver, at der har været flere besatte forløb i forhold til gældende dimensioneringsplan. Det kan blandt andet skyldes overførsel af forløb fra 2021 til 2022 eller fremadrettede ansættelser på grund af barsel.

*** De specialer der har besat flere forløb end dimensioneringsplanen vil trække den totale besættelsesprocent op. Ved justering af de overbesatte forløb til antal dimensionerede forløb bliver besættelsesprocenten 86 pct.

Tabel 2: Opplåede og besatte fleksforløb i 2022 – Danmark

Speciale	Antal oplåede fleksforløb	Antal ansøgere til fleksforløb	Antal besatte fleksforløb	Antal ubesatte oplåede fleksforløb	Besættelsesprocent for fleksforløb
Intern medicin: endokrinologi	2	5	2	0	100%
Intern medicin: gastroenterologi og hepatologi	1	2	3	*	100%
Intern medicin: geriatri	2	4	2	0	100%
Intern medicin: infektionsmedicin	2	12	2	0	100%
Intern medicin: kardiologi	3	5	3	0	100%
Kirurgi	3	23	3	0	100%
Klinisk biokemi	1	4	1	0	100%
Neurokirurgi	2	8	2	0	100%
Neurologi	1	21	2	*	100%
Ortopædisk kirurgi	3	28	3	0	100%
Patologisk anatomi og cytologi	1	4	1	0	100%
Psykiatri	3	32	3	0	100%
Pædiatri	2	14	2	0	100%
Radiologi	1	11	1	0	100%
Retsmedicin	1	5	1	0	100%
Samfundsmedicin	2	16	2	0	100%
Thoraxkirurgi	2	12	2	0	100%
Urologi	1	9	1	0	100%
Total	33	215	35**	0*	100%**

* angiver, at der har været flere besatte fleksforløb i forhold til oplåede fleksforløb. Det kan blandt andet skyldes fremadrettede ansættelser på grund af barsel.

** Hvis antallet af besatte hoveduddannelsesforløb på landsplan (936) og antallet af besatte fleksforløb (35) summeres, bliver det samlede antal besatte forløb 971 og besættelsesprocent 91 pct.

Tabel 2A: Opslåede og besatte fleksforløb i 2022 – Videreuddannelsesregion Øst

Speciale	Antal opslåede fleksforløb	Antal ansøgere til fleksforløb	Antal besatte fleksforløb	Antal ubesatte opslåede fleksforløb	Besættelsesprocent for fleksforløb
Intern medicin: endokrinologi	1	3	1	0	100%
Intern medicin: gastroenterologi og hepatologi	1	2	2**	*	100%
Intern medicin: geriatri	2	4	2	0	100%
Intern medicin: infektionsmedicin	2	12	2	0	100%
Intern medicin: kardiologi	1	1	1	0	100%
Kirurgi	2	20	2	0	100%
Klinisk biokemi	1	4	1	0	100%
Neurologi	1	21	2**	*	100%
Ortopædisk kirurgi	2	26	2	0	100%
Patologisk anatomi og cytologi	1	4	1	0	100%
Psykiatri	3	32	3	0	100%
Pædiatri	2	14	2	0	100%
Retsmedicin	1	5	1	0	100%
Samfundsmedicin	2	16	2	0	100%
Thoraxkirurgi	1	8	1	0	100%
Urologi	1	9	1	0	100%
Total	24	181	26***	0	100%***

* angiver, at der har været flere besatte fleksforløb i forhold til opslåede fleksforløb. Det kan blandt andet skyldes fremadrettede ansættelser på grund af barsel.

** I specialet Intern medicin: gastroenterologi og hepatologi er fleksforløbet dobbelt besat og i specialet neurologi er fleksforløbet forhåndsbesat på grund af barsel.

*** Hvis antallet af besatte hoveduddannelsesforløb i Øst (423) og antallet af besatte fleksforløb (26) summeres, bliver det samlede antal besatte forløb 449 og besættelsesprocent 96 pct.

Tabel 2B: Opslåede og besatte fleksforløb i 2022 – Videreuddannelsesregion Syd

Speciale	Antal opslåede fleksforløb	Antal ansøgere til fleksforløb	Antal besatte fleksforløb	Antal ubesatte opslåede fleksforløb	Besættelses pct. for fleksforløb
Intern medicin: endokrinologi	1	2	1	0	100%
Intern medicin: kardiologi	2	4	2	0	100%
Kirurgi	1	3	1	0	100%
Radiologi	1	11	1	0	100%
Total	5	20	5*	0	100%*

* Hvis antallet af besatte hoveduddannelsesforløb i Syd (189) og antallet af besatte fleksforløb (5) summeres, bliver det samlede antal besatte forløb 194 og besættelsesprocent 81 pct.

Tabel 2C: Opslåede og besatte fleksforløb i 2022 – Videreuddannelsesregion Nord

Speciale	Antal opslåede fleksforløb	Antal ansøgere til fleksforløb	Antal besatte fleksforløb	Antal ubesatte opslåede fleksforløb	Besættelsespct. for fleksforløb
Neurokirurgi	2	8	2	0	100%
Ortopædisk kirurgi	1	2	1	0	100%
Thoraxkirurgi	1	4	1	0	100%
Total	4	14	4*	0	100%*

* Hvis antallet af besatte hoveduddannelsesforløb i Nord (324) og antallet af besatte fleksforløb (4) summeres, bliver det samlede antal besatte forløb 328 og besættelsesprocent 90 pct.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Sundhed for alle ♥ + ●

Vejledning om merit til akutmedicinspecialet for uddannelseslæger og færdiguddannede speciallæger

1. Baggrund for vejledningen

Akutmedicinspecialet blev oprettet som nyt speciale i speciallægeuddannelsen i 2018. Ved oprettelse af specialet i akutmedicin var der interesse fra uddannelseslæger i uddannelsesstillinger om at skifte speciale til akutmedicin, som ikke var tilgængeligt ved deres valg af forløb, samt interesse fra færdiguddannede speciallæger, der supplerende ønskede at kvalificere sig som speciallæge i akutmedicin.

Med henblik på hurtigere at få speciallæger i akutmedicin på akutafdelingerne, blev der fastsat overgangsordninger i bekendtgørelse nr. 96 af 2. februar 2018 om uddannelse af speciallæger, som ændret ved bekendtgørelse nr. 482 af 25. april 2019 om ændring af bekendtgørelse om uddannelse af speciallæger, samt udstedt vejledning nr. 9877 af 3. oktober 2018 om overgangsordning for speciallæger i andet speciale og læger med erfaring i akutmedicin opnået inden etableringen af specialet akutmedicin.

Efter overgangsordningen for færdiguddannede speciallæger udløb ved udgangen af 2020 har de regionale videreuddannelsessekretariater stillet flere spørgsmål til Sundhedsstyrelsen om fortolkningen af reglerne for indrømmelse af merit til akutmedicinspecialet. Sundhedsstyrelsen udsteder derfor en ny vejledning om merit til akutmedicinspecialet for uddannelseslæger og færdiguddannede speciallæger, som erstatter vejledning nr. 9877 af 3. oktober 2018 om overgangsordning for speciallæger i andet speciale og læger med erfaring i akutmedicin opnået inden oprettelsen af specialet akutmedicin.

Vejledningen er en orientering til videreuddannelsesregionerne om Sundhedsstyrelsens fortolkning af reglerne for indrømmelse af merit for akutmedicinspecialet. De gældende regler om merit fremgår dels af bekendtgørelse nr. 96 om uddannelse af speciallæger af 2. februar 2018, som ændret ved bekendtgørelse nr. 482 af 25. april 2019 om ændring af bekendtgørelse om uddannelse af speciallæger, dels af direktiv 2013/55 EU, som ændrer anerkendelsesdirektivet, direktiv 2005/36/EF om anerkendelse af erhvervsmæssige kvalifikationer.

1.1 Afgrænsning

Denne vejledning orienterer om gældende regler for specialeskift i danske uddannelsesforløb, hvor lægen er uddannet og har arbejdet i Danmark. Hvad angår regler om merit for ophold i udlandet under uddannelsen til speciallæge i Danmark henvises til bekendtgørelsens § 15, stk. 2 og 3, jf. bekendtgørelse nr. 96 af 2. februar 2018 om uddannelse af speciallæger, som ændret ved bekendtgørelse nr. 482 af 25. april 2019 om ændring af bekendtgørelse om uddannelse af speciallæger.

Denne vejledning gennemgår ikke reglerne om evalueringsansættelser for læger, der er omfattet af tredjedlandsreglerne, og som søger om autorisation i eget speciale i Danmark. Der henvises til bekendtgørelse nr. 1372 af 9. december 2010 om autorisation af læger, der er statsborgere i og/eller uddannet i lande udenfor EU/EØS, denne bekendtgørelse administreres af Styrelsen for Patientsikkerhed.

2. Gældende regler om merit i speciallægeuddannelsen

Der er mulighed for at forkorte uddannelsestiden for uddannelsen til speciallæge efter bestemmelsen i § 15 i bekendtgørelse nr. 96 om uddannelse af speciallæger af 2. februar 2018, som ændret ved

bekendtgørelse nr. 482 af 25. april 2019 om ændring af bekendtgørelse om uddannelse af speciallæge. Bekendtgørelsens § 15 gælder for alle 39 medicinske specialer. Det fremgår af § 15, at:

"§ 15. Såfremt en uddannelseslæge som led i et godkendt uddannelsesforløb i et speciale opnår kompetencer, der dækker kravene i et andet speciales målbeskrivelse, vil lægen ved skift til dette speciale kunne forkorte uddannelsen i det nye speciale forholdsmæssigt. Omfanget af denne forkortelse af uddannelsesforløbet fastlægges af det regionale råd for lægers videreuddannelse efter Sundhedsstyrelsens vejledninger. Forkortelse af uddannelsesforløb ved skift til andet speciale kan finde sted hvis,

1) uddannelseslægen opnår kompetencer i et godkendt introduktionsuddannelsesforløb, der dækker kravene i et andet speciales målbeskrivelse for introduktionsuddannelse,

2) uddannelseslægen opnår kompetencer i et godkendt introduktionsuddannelsesforløb, der dækker kravene i et andet speciales målbeskrivelse for hoveduddannelse,

3) uddannelseslægen opnår kompetencer i et godkendt hoveduddannelsesforløb, der dækker kravene i et andet speciales målbeskrivelse for hoveduddannelse, eller

4) uddannelseslægen opnår kompetencer i et godkendt hoveduddannelsesforløb, der dækker kravene i et andet speciales målbeskrivelse for introduktionsuddannelse.

Stk. 2. Såfremt en uddannelseslæge under ansættelse i udlandet opnår kompetencer, der delvist dækker kravene i et speciales målbeskrivelse, kan lægen under uddannelse i dette speciale forkorte uddannelsen i specialet forholdsmæssigt. Omfanget af denne forkortelse af uddannelsesforløbet fastlægges af det regionale råd for lægers videreuddannelse efter Sundhedsstyrelsens vejledninger.

Stk. 3. Det regionale råd for lægers videreuddannelse kan give forhåndsgodkendelse af ansættelse i udlandet på baggrund af ansøgning og dokumentation af arbejdsfunktionen og den uddannelsesmæssige værdi.

Stk. 4. For læger, der allerede har gennemført en speciallægeuddannelse, som anført i punkt 5.1.3 i bilag V til Europa-Parlamentets- og Rådets direktiv 2005/36/EF om anerkendelse af erhvervsmæssige kvalifikationer, og som søger om merit til gennemførelse af et andet speciallægeuddannelsesforløb, som er nævnt i direktivets punkt 5.1.3 i bilag V, kan der gives merit svarende til højst halvdelen af minimumsvarigheden af den pågældende speciallægeuddannelse.

Stk. 5. Oplysning om forkortede og ændrede uddannelsesforløb efter stk. 1 – 4, og § 20, stk. 1, sendes til orientering til Styrelsen for Patientsikkerhed."

Ved etableringen af specialet i akutmedicin blev der fastsat tidsbegrænsede overgangsordninger i bekendtgørelsens § 20 og § 21, jf. bekendtgørelse nr. 96 om uddannelse af speciallæger af 2. februar 2018.

Bestemmelsen i § 20 er en overgangsordning for uddannelseslæger under uddannelse til speciallæge i andet speciale end akutmedicin. Bestemmelsen udløber den 31. december 2024. Det fremgår af § 20, at:

"§ 20. I forbindelse med oprettelsen af specialet akutmedicin kan en læge, der har opnået kompetencer i Danmark eller udlandet, som delvis dækker kravene i specialet akutmedicin, få forkortet uddannelsen i specialet akutmedicin forholdsmæssigt. Omfanget af denne forkortelse af det samlede uddannelsesforløb på 72 måneder fastlægges af de regionale råd for lægers videreuddannelse.

Stk. 2. Lægen skal have vurderet hvilke kompetencer i målbeskrivelsen, der skal opnås i det forkortede uddannelsesforløb. De regionale råd for lægers videreuddannelse fastlægger tidsramme og krav til uddannelsessteder for det forkortede uddannelsesforløb inklusiv gennemførelse af generelle og speciale-specifikke kurser samt forskningstræning.

Stk. 3. Vurderingen af forkortelsen er omfattet af reglerne i § 15. Dog kan ansættelser inden ikrafttrædelsen af denne bekendtgørelse i ikke godkendte uddannelsesforløb i akutafdelinger, efter lægen har opnået selvstændigt virke som læge, indgå i vurderingen.

Stk. 4. Ansøgning om forkortet uddannelsesforløb i specialet akutmedicin skal indsendes til vurdering i de regionale råd for lægers videreuddannelse senest 31. december 2024."

Overgangsordningen for færdiguddannede speciallæger i bekendtgørelsens § 21 udløb den 31. december 2020, og har derfor ikke længere relevans.

Lægeuddannelsen, herunder speciallægeuddannelsen, er omfattet af anerkendelsesdirektivet, direktiv 2005/36/EF om anerkendelse af erhvervsmæssige kvalifikationer, som ændret ved direktiv 2013/55/EU. Anerkendelsesdirektivet sikrer bl.a. danske lægers ret til at arbejde i andre EU-lande.

Det fremgår af direktiv 2013/55/EU art. 25, at:

"3a) Medlemsstaterne kan i national lovgivning fastsætte bestemmelser, hvorefter der kan gives delvis dispensation for dele af speciallægeuddannelsen, som anført i punkt 5.1.3 i bilag V, hvilket der tages stilling til i det enkelte tilfælde, hvis disse dele af uddannelsen allerede er gennemført under et andet specialuddannelsesforløb, som er nævnt i punkt 5.1.3 i bilag V, og der er tale om kurser, for hvilke erhvervsudøveren allerede har opnået den erhvervsmæssige kvalifikation i en medlemsstat. Medlemsstaterne sikrer, at den dispensation, der gives, ikke omfatter mere end halvdelen af minimumsvarigheden af den pågældende speciallægeuddannelse.

Hver medlemsstat underretter Kommissionen og de øvrige medlemsstater om den pågældende nationale lovgivning for sådanne delvise dispensationer."

3. Kriterier for vurdering af merit i akutmedicinspecialet

Kriterierne gælder for meritansøgninger fra uddannelseslæger og færdiguddannede speciallæger.

3.1 Den enkelte meritansøgning skal vurderes individuelt og konkret

Når en videreuddannelsesregion modtager en ansøgning om merit, skal regionen foretage en konkret og individuel vurdering af ansøgningen. Det skal vurderes, hvilke kompetencer i målbeskrivelsen for speciallægeuddannelsen i akutmedicin, ansøgeren allerede har opnået ved uddannelse og tidligere ansættelser. Det er ikke afgørende, om der søges merit for introduktionsuddannelse eller hoveduddannelse. Det afgørende ved meritvurderingen er, om det indhold, der søges merit for, modsvarer indholdet i akutmedicinspecialet, som er beskrevet i målbeskrivelsen for speciallægeuddannelsen i akutmedicin. I det omfang lægen allerede har de pågældende kompetencer, der er beskrevet i målbeskrivelsen for akutmedicin, kan der indrømmes merit.

3.2 Dokumentationskrav til ansøgningen

Det er en forudsætning for at indrømme merit, at de uddannelseselementer, der søges om merit for, kan dokumenteres. Videreuddannelsesregionerne kan kun meritere for dokumenterede uddannelseselementer, der modsvarer den ønskede specialisering i akutmedicin. Dokumentation kan fx foreligge i form af logbog fra tidligere uddannelse, lønsedler eller kursusbeviser.

3.3 Meritvurdering kan udelukkende finde sted fra stillinger, der er godkendt til uddannelse

Uddannelsesstillinger er klassificerede stillinger, hvori der indgår vejledning og uddannelseslægen arbejder under supervision. I en uddannelsesstilling er der inden for rammerne af uddannelsesprogrammet udarbejdet en individuel uddannelsesplan, der beskriver forventningerne til kompetenceudvikling for den enkelte uddannelseslæge, og hvordan kompetenceudviklingen forventes at finde sted ift. målbeskrivelsen for akutmedicinspecialet. Uddannelsesplanen justeres i løbende dialog mellem uddannelseslægen og ansættelsesstedet jf. § 4, stk. 2, i bekendtgørelse nr. 96 om uddannelse af speciallæger af 2. februar 2018.

Ansættelser i slutstillinger, fx ansættelser som afdelingslæge eller overlæge, kan ikke forkorte uddannelses-tiden til akutmedicinspecialet.

En undtagelse til reglen om, at uklassificerede stillinger ikke kan meriteres følger af den tidsbegrænsede overgangsbestemmelse for uddannelseslæger i bekendtgørelsens § 20, stk. 3, 2. pkt., jf. bekendtgørelse nr. 96 om uddannelse af speciallæger af 2. februar 2018. Denne bestemmelse finder ikke anvendelse for slutstillinger.

Derudover er det et krav for at meritere en ansættelse, at ansættelsen har haft en varighed svarende til minimum seks måneders fuldtidsansættelse.

3.4 Speciallægeuddannelsen er en hel uddannelse

Speciallægeuddannelsen består af et introduktionsforløb og et hovedforløb. Speciallægeuddannelsens varighed er varigheden af den samlede speciallægeuddannelse.

3.5 Det videre forløb frem mod speciallægegodkendelsen

Ved behandling af en ansøgning om merit tager regionen samtidig stilling til, hvilken klinisk og teoretisk uddannelse der er nødvendig for, at ansøgeren kan opnå de manglende kompetencer, herunder varigheden af det resterende uddannelsesforløb for akutmedicinspecialet.

4. Uddannelseslæger i uddannelsesstillinger

Dette afsnit beskriver, hvilke regler videreuddannelsesregionerne skal være opmærksomme på ved behandling af ansøgninger om merit fra uddannelseslæger, der under speciallægeuddannelsen vælger at skifte speciale til akutmedicinspecialet.

Uddannelseslæger er omfattet af bekendtgørelsens § 15 og overgangsordningen i § 20, jf. bekendtgørelse nr. 96 af 2 februar 2018 om uddannelse af speciallæger.

Bestemmelsen § 20 henviser til § 15, dvs. § 20 betyder ikke, at § 15 ikke gælder. Bestemmelsen i § 20 udløber den 31. december 2024, som er sidste frist for at indgive ansøgning om merit efter § 20. Når bestemmelsen i § 20 udløber, anvendes den generelle meritregel for skift af specialisering i bekendtgørelsens § 15.

Formålet med reglen i § 20 var at gøre det nemmere for uddannelseslæger at skifte specialisering til akutmedicin, som ikke var tilgængeligt ved deres valg af speciale. Når overgangsordningen i § 20 udløber den 31. december 2024, vil det have været muligt at vælge specialet på lige fod med andre specialer ved påbegyndt speciallægeuddannelse.

Forskellen på § 15 og § 20 er reelt bestemmelsen i § 20, stk. 3, 2 pkt.:

"Stk. 3. Vurderingen af forkortelsen er omfattet af reglerne i § 15. Dog kan ansættelser inden ikrafttrædelsen af denne bekendtgørelse i ikke godkendte uddannelsesforløb i akutafdelinger, efter lægen har opnået selvstændigt virke som læge, indgå i vurderingen."

Bestemmelsen i § 20, stk. 3, 2 pkt. betyder, at der undtagelsesvist gives merit for uklassificerede ansættelse, stillinger, der ikke er uddannelsesstillinger, under forudsætning af, at:

- 1) ansættelsen har haft en varighed svarende til minimum 6 måneder fuldtidsansættelse, og at
- 2) ansættelsen på akutafdelingen, der søges om merit for ligger før 9. februar 2018.

Der er tale om kumulative betingelser. Styrelsen vurderer, at undtagelsen har begrænset rækkevidde, fordi ansættelser skal ligge før 9. februar 2018.

5. Færdiguddannede speciallæger

Dette afsnit beskriver, hvilke regler videreuddannelsesregionerne skal være opmærksomme på ved behandling af ansøgninger om merit for færdiguddannede speciallæger, der supplerende ønsker at kvalificere sig som speciallæger i akutmedicin.

Overgangsordningen i bekendtgørelsens § 21, jf. bekendtgørelse nr. 96 af 2. februar 2018 om uddannelse af speciallæger, er udløbet. Det betyder, at meritansøgninger fra færdiguddannede speciallæger skal vurderes efter bestemmelsen i bekendtgørelsens § 15.

Det er højst muligt at få merit for 50 % af den allerede gennemførte speciallægeuddannelse jf. art. 25 i direktiv 2013/55/EU.

Merit skal vurderes i forhold til den allerede gennemførte uddannelse. Varigheden er varigheden af den samlede speciallægeuddannelse (introduktionsforløb og hovedforløb). Hvis speciallægen har gennemført et speciale med en samlet varighed på 60 måneder, kan speciallægen maks. opnå merit for 30 måneder af akutmedicinspecialet.

Når speciallægens eksisterende kompetencer vurderes ift. merit for akutmedicinspecialet, kan der være forskelle på indholdet og varigheden af uddannelseselementer i speciallægeuddannelsen efter 1996- og 2003-uddannelsesordningen. Der er imidlertid ikke forskel på, hvordan selve meritvurderingen foretages. Der skal ske en konkret og individuel vurdering af speciallægens eksisterende kompetencer ved ansøgning om merit for det nye speciale.

Hvis en færdiguddannet speciallæge efter 1996-uddannelsesordningen er interesseret i at skifte speciale til akutmedicin, vil speciallægen være omfattet af de meritregler, der er gældende i 2023. Det betyder:

- maks. 50 % merit for den gennemførte samlede speciallægeuddannelse jf. art. 25, stk. 3a i direktiv 2013/55/EU
- der skal ske en konkret og individuel vurdering af de gennemførte uddannelseselementer ift. ønsket supplerende specialisering i akutmedicin

Ikrafttræden

Denne vejledning erstatter vejledning nr. 9877 af 3. oktober 2018 om overgangsordning for speciallæger i andet speciale og læger med erfaring i akutmedicin opnået inden etableringen af specialet akutmedicin.

Underskriftssted

UNDERSKRIVER 1

/ Underskriver 2

UDKAST

Målbeskrivelse for akutmedicin mv.

Målbeskrivelse for speciallægeuddannelsen i Akutmedicin kan findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside:

<https://www.sst.dk/-/media/Viden/Uddannelse/Uddannelse-af-speciallaeger/Maalbeskrivelser/Akutmedicin/Maalbeskrivelse-for-Akutmedicin-2022.ashx>

Beskrivelse og krav til en akutafdeling

Hovedopgaven for en akutafdeling er at medvirke til at sikre, at alle patientgrupper hurtigst muligt vurderes og behandles eller passerer videre til relevant specialafdeling eller sendes hjem eventuelt med behandlingsplan uden for sygehuset. Akutafdelingen medvirker til, at den akutte syge patient har én indgang til sygehusbehandling.

Ved akutafdelinger (inkluderer betegnelserne fælles akutmodtagelser og traumecentre, FAM, akutmodtagelse) forstås en afdeling på et sygehus, hvor patienter modtages efter visitation i almen praksis eller via vagtcentral eller vagtlæge, dvs. en akutmediciner i en akutafdeling modtager, identificerer og triagerer akutte uselekterede patienter.

SEKRETARIATET FOR LÆGELIG VIDEREUDDANNELSE REGION ØST

Sundhedsstyrelsen
Enhed for Uddannelse
Islands Brygge 67
2300 København S



REGION HOVEDSTADEN
REGION SJÆLLAND

REGION HOVEDSTADEN
C HRU, SEKTION 3.5
C/O GENTOFTE HOSPITAL
GENTOFTE HOSPITALSVEJ 10B
DK-2900 HELLERUP
Tlf.: 38 66 99 30
E-MAIL: LAEGEUDDANNELSEN@REGIONH.DK
WWW.LAEGEUDDANNELSEN.DK

SAGSBEH.: Lise Møller SAGSNR.: 22002546-38
DIREKTE TLF.: 38 66 99 31 ARKIV NR.: 02.04.04
E-MAIL: Lise.m@regionh.dk DERES J. NR./REF.: DATO: 06.02.2023

Høring over ny vejledning om merit til akutspecialiet

Sundhedsstyrelsen har den 10. januar 2023 fremsendt udkast til vejledning om merit til akutmedicinspecialiet for uddannelseslæger og færdiguddannede speciallæger i høring.

Videreuddannelsesregion Øst takker for at være høringspart.

Overordnede bemærkninger

Videreuddannelsesregion Øst kan ikke tiltræde udkastet til vejledning om merit i specialiet akutmedicin. Videreuddannelsesregion Øst vil anbefale, at Sundhedsstyrelsen enten bibeholder den nuværende vejledning eller udarbejder et ny udkast til en vejledning, hvori den nuværende retstilstand og den oprindelige hensigt med meritordningen efter § 20 fastholdes.

Videreuddannelsesregion Øst finder, at en ændring af gældende vejledning 9877 til § 20 vil gøre paragraffen irrelevant, da stort set alle ansøgere vil skulle behandles efter § 15 i BEK 96. For især speciallæger i andet speciale end Akutmedicin, vil behandling iht. § 15 betyde, at deres mulighed for afkortning af uddannelsestiden forringes.

Videreuddannelsesregion Øst støtter fortsat den oprindelige hensigt med § 20 og vurderer, at udkastet til vejledning væsentligt vil reducere allerede færdiguddannede speciallægers mulighed for hurtigere at opnå speciallægeanerkendelse i Akutmedicin.

Begrundelse

Den nye vejledning er tænkt at erstatte VEJ 9877 af 3. oktober 2018. Aktuelt kan læger få afkortet uddannelsen til speciallæge i Akutmedicin iht. § 20 i BEK 96 af 2. februar 2018. I § 20 står,

§ 20. I forbindelse med oprettelsen af specialiet akutmedicin kan en læge, der har opnået kompetencer i Danmark eller udlandet, som delvis dækker kravene i specialiet akutmedicin, få forkor-

tet uddannelsen i specialet akutmedicin forholdsmæssigt. Omfanget af denne forkortelse af det samlede uddannelsesforløb på 72 måneder fastlægges af de regionale råd for lægers videreuddannelse.

Stk. 2. Lægen skal have vurderet hvilke kompetencer i målbeskrivelsen, der skal opnås i det forkortede uddannelsesforløb. De regionale råd for lægers videreuddannelse fastlægger tidsramme og krav til uddannelsessteder for det forkortede uddannelsesforløb inklusiv gennemførelse af generelle og specialespecifikke kurser samt forskningstræning.

Stk. 3. Vurderingen af forkortelsen er omfattet af reglerne i § 15. Dog kan ansættelser inden ikrafttrædelsen af denne bekendtgørelse i ikke godkendte uddannelsesforløb i akutafdelinger, efter lægen har opnået selvstændigt virke som læge, indgå i vurderingen.

Stk. 4. Ansøgning om forkortet uddannelsesforløb i specialet akutmedicin skal indsendes til vurdering i de regionale råd for lægers videreuddannelse senest 31. december 2024.

Som hjælp til fortolkning af § 20 anvendes VEJ 9877 samt notat fra Sundhedsstyrelsen af 2. april 2019 (sagsnr. 2-1012-599/1/) vedr. 2-stedskriteriet. Af sidstnævnte notat – der vedhæftes – fremgår det utvetydigt, at notatet omhandler meritvurderinger iht. § 20. Af notatet fremgår det, at for følgende ansøgere kan der gives dispensation for 2-steds-kriteriet,

1) Speciallæger i andet speciale, der mangler 50 % eller mindre af special-lægeuddannelsen i akutmedicin. Der kan dog højst gives merit svarende til halvdelen af varigheden i et andet speciale (50 procent meritreglen) jf. gældende regel beskrevet i Sundhedsstyrelsens vejledning om merit-vurdering i speciallægeuddannelsen.

2) Læger, der har gennemført LVS to-årige fagområdeuddannelse og således har gennemført 6 måneders ansættelse på anden akutafdeling.

Notatet angiver altså utvetydigt, at speciallæger i andet speciale er omfattet af bestemmelserne i § 20.

Konklusioner

Problemet med den foreslåede nye vejledning er,

1. At den nye vejledning fastslår, at § 20 udelukkende kan anvendes af uddannelseslæger under uddannelse i andet speciale end Akutmedicin
2. At muligheden for at acceptere indgåelse af uklassificeret ansættelse på Akutafdelinger før den 9. februar 2018 bortfalder for speciallæge i andet speciale end Akutmedicin
3. At den særlige dispensation for 2-steds-kriteriet (§ 8 stk.3 i BEK 96) bortfalder for speciallæger i andet speciale end Akutmedicin

Ad 1)

Teksten i den nuværende § 20 samt i gældende VEJ 9877 angiver alene betegnelsen ”læge”. Dette i modsætning til den nu ikke aktuelle § 21, hvor der specifikt angives ”speciallæge i andet speciale end akutmedicin”. Hertil kommer, at notatet af 2. april 2019 omhandler speciallæger i andet speciale end Akutmedicin og refererer til § 20.

I Videreuddannelsesregion Øst har der ikke været én eneste igangværende hoveduddannelseslæge i andet speciale end Akutmedicin, der har ansøgt om at skifte til hoveduddannelse i Akutmedicin. Til gengæld modtages flere ansøgninger fra allerede uddannede speciallæger, der gerne vil opnå speciallægeanerkendelse i Akutmedicin. Videreuddannelsesregion Øst er derfor bekymret for, om den påtænkte ændrede vejledning vil føre til et markant fald i ansøgninger fra speciallæger i andre specialer end Akutmedicin og dermed forsinke rekrutteringen af speciallæger til Akutmedicin yderligere.

Ad 2)

§15 i BEK 96 tillader ikke merit af uklassificeret ansættelse. Dette kan have stor betydning for speciallæger i andet speciale end Akutmedicin, der ofte har haft sådanne ansættelser forud for deres hoveduddannelse i andet speciale.

Tilladelsen til at acceptere uklassificeret ansættelse på Akutafdelinger før den 9. februar 2028 vil formentlig kun berøre ganske få uddannelseslæger, der er under uddannelse i andet speciale end Akutmedicin. I disse få tilfælde kunne søges dispensation hos Sundhedsstyrelsen.

Ad 3)

Den særlige adgang til at se bort fra 2-steds-kriteriet (§ 8 stk. 3 i BEK 96) er givet i notat fra Sundhedsstyrelsen af 2. april 2019 (sagsnr. 2-1012-599/1/). Denne mulighed er ikke beskrevet i § 15 i BEK 96, hvorfor det må forudses, at de fleste speciallæger i andet speciale end Akutmedicin vil skulle gennemføre minimum to ansættelser á 12 måneder på Akutafdelinger, før de kan opnå speciallæge anerkendelse i Akutmedicin. Dette vil forlænge uddannelsestiden væsentligt.

Anbefalinger

Skulle Sundhedsstyrelsen beslutte at godkende udkastet til vejledning i sin nuværende form, finder Videreuddannelsesregion Øst behov for udarbejdelse en overgangsordning for gruppen af speciallæger, der, i god tro, har fået merit under § 20. Det drejer sig især om gruppen af speciallæger, der har fået merit iht. § 20 og enten er undervejs i en merituddannelse eller er på vej ind i en sådan på baggrund af en allerede truffet meritafgørelse. Derudover skal det sikres, at speciallæger, der iht. § 20 allerede har fået speciallægeanerkendelser i Akutmedicin, kan fastholde denne anerkendelse.

På vegne af Videreuddannelsesregion Øst
Med venlig hilsen



Lise Møller
Sekretariatschef
lise.moeller@regionh.dk

SEKRETARIATET FOR LÆGELIG VIDEREUDDANNELSE REGION ØST

Sundhedsstyrelsen
Enhed for Uddannelse
Islands Brygge 67
2300 København S



REGION HOVEDSTADEN
REGION SJÆLLAND

REGION HOVEDSTADEN
C HRU, SEKTION 3.5
C/O GENTOFTE HOSPITAL
GENTOFTE HOSPITALSVEJ 10B
DK-2900 HELLERUP
TLF.: 38 66 99 30
E-MAIL: LAEGEUDDANNELSEN@REGIONH.DK
WWW.LAEGEUDDANNELSEN.DK

SAGSBEH.: Lise Møller SAGSNR.: 22049332-96
DIREKTE TLF.: 38 66 99 31 ARKIV NR.: 02.04.04
E-MAIL: Lise.m@regionh.dk DERES J. NR./REF.: DATO: 11.01.2023

Høring i forbindelse med dimensionering af speciallægeuddannelsen 2024-2028

Sundhedsstyrelsen har den 1. september 2022 fremsendt overordnet høringsmateriale i forbindelse med dimensionering af speciallægeuddannelsen 2024-2028.

Høringsmaterialet er sendt til hospitals- og sygehusdirektionerne inkl. psykiatrien i begge regioner, relevante administrative enheder og samtlige sundhedsfaglige råd i begge regioner samt de af Videreuddannelsesregion Øst nedsatte specialespecifikke uddannelsesråd.

Videreuddannelsesregion Øst takker for at være høringspart.

Overordnede bemærkninger

Begge regioner ønsker et sammenhængende sundhedsvæsen, der er let tilgængeligt for alle uanset bopæl, og som giver adgang til sundhedsydelser af høj kvalitet.

Begge regioner ønsker en styringsmodel og kriterier, der giver mulighed for øget fleksibilitet og som desuden kan adressere regionale rekrutteringsudfordringer.

Begge regioner har i forhold til øvrige regioner en høj andel af speciallæger over 60 år. Faktisk er mere end en tredjedel af speciallægerne mellem 60 og 74 år, dog med store forskelle mellem specialerne. Den skæve aldersfordeling udfordres tillige af overenskomstens mulighed for vagtfritagelse efter lægen er fyldt 62 år, en øget interesse for kortere arbejdstid samt et stigende antal speciallæger beskæftiget helt eller delvist med ikke-kliniske opgaver.

Region Sjælland er desuden udfordret af en betydelig generel mangel på speciallæger, hvorimod speciallægemanglen i Region Hovedstaden på nuværende tidspunkt er koncentreret indenfor specialerne B&U Psykiatri, Psykiatri, Radiologi, Patologisk Anatomi, Klinisk Biokemi, Neurologi, Oftalmologi, Ortopædisk Kirurgi samt Urologi. Etablering af et nyt Mor-Barn Center på Bispebjerg Hospital i Region Hovedstaden forventes at forstærke speciallægemanglen i begge regioner inden for Gynækologi & Obstetrik, Pædiatri og Anæstesiologi.

Anbefalinger for dimensionering 2024-2028

- Udviklingen i opslåede og besatte stillinger skal følges tæt. Såfremt der viser sig grundlag for det bør der foretages justeringer i dimensioneringen. Der er således allerede i dag specialer der ser behov for en øgning.
- Set i lyset af de geografiske uligheder i adgang til sundhed, ubesatte hoveduddannelsesstillinger og rekrutteringsudfordringer fastholdes den nuværende samlede dimensioneringsramme på i alt 1.090 hoveduddannelsesforløb indtil videre i den nye dimensioneringsplan.
- Rammen for introduktionsstillinger øges i de specialer, der har udfordringer med rekruttering til hoveduddannelsen.
- Antallet af flexforløb fastholdes på 100 i den kommende dimensioneringsperiode. For at sikre den ønskede fleksibilitet og for at imødekomme særlige regionale rekrutteringsudfordringer skal ordningen forvaltes af den enkelte videreuddannelsesregion efter gældende retningslinjer.
- Den øgede dimensionering af specialet almen medicin fastholdes (350 hoveduddannelsesforløb), og der tages særligt hensyn til rekrutteringsudfordrede områder i fordelingen af hoveduddannelsesforløb
- Der skal sættes øget fokus på de væsentlige udfordringer og økonomiske konsekvenser, regionerne oplever som følge af et forøget antal uddannelsesstillinger og et deraf følgende øget behov for uddannelsesgivere både på sygehusene/hospitalet, i psykiatrien og i praksissektoren
- Sundhedsstyrelsen opgør opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb på driftsregionsniveau
- Som forsøgsordning anbefales, at der etableres en særskilt pulje på op til 5 hoveduddannelsesforløb årligt til brug for etablering af hoveduddannelsesforløb i samarbejde med Færøerne.

Øvrige anbefalinger for dimensionering

Begge regioner forventer ændringer i såvel sundhedsvæsenets organisering og tilbud de kommende år. Herudover vil der ske ændringer i demografien. Det stiller krav til endnu større fleksibilitet og til hurtigere tilpasning i dimensioneringen. Det anbefales derfor, at der, set i lyset af ønsket om et sammenhængende sundhedsvæsen af høj kvalitet for alle borgere, foretages en vurdering og evt. justering af det enkelte universitets optag af medicinstuderende, ligesom der bør sikres mest mulig og gerne regionalt forankret fleksibilitet i den lægelige videreuddannelse, både når det gælder antallet af udbudte forløb og i forhold til selve regelsættet og rammerne.

Derudover skal det sikres, at der er fokus på og overensstemmelse mellem de økonomiske og kapacitetsmæssige konsekvenser af de senere års øgede tilgang til den lægelige, herunder udvidelser i dimensioneringen. Kun på den måde kan driftsregionerne løfte den samlede og fælles uddannelsesforpligtelse.

Svar på de fire stillede spørgsmål er indsat nedenfor.

Hvorledes opfattes den nuværende balance mellem udbuddet og efterspørgslen på speciallæger?
Er der forskel på regionsniveau?

I begge regioner efterspørges flere speciallæger, end der udbydes. Særligt i specialerne Radiologi, Patologisk Anatomi, Neurologi samt Psykiatri er der stor ubalance mellem udbud og efterspørgsel.

Begge regioner udfordres af den demografiske udvikling, Region Hovedstaden udfordres af befolkningstilvæksten og for Region Sjælland er også rekrutteringsudfordringer væsentlige, hvor særligt de sydvestlige dele af regionen er udfordret. Manglen på speciallæger har stor betydning for Region Sjællands mulighed for at kunne uddanne og fastholde kommende speciallæger og for at kunne tilbyde regionens borgere behandling af høj faglig kvalitet. I den nyligt indgående strategiske samarbejdsaftale mellem Region Sjælland og Region Hovedstaden, er der taget skridt til at etablere flere uddannelsesforløb inden for den udmeldte dimensioneringsramme.

Er der særlige regionale forskelle i efterspørgslen og udbuddet, som den kommende dimensioneringsplan skal tage højde for?

Region Sjælland har større udfordringer i forhold til både efterspørgsel og rekruttering af speciallæger end Region Hovedstaden. Desuden har Region Sjælland markant højere sygelighed inden for KOL, hjerte-kar sygdomme, diabetes, kræft samt andre livsstilssygdomme. Begge regioner er desuden udfordret af, at speciallægerne er ældre end i de øvrige regioner. Den samlede andel af speciallæger på 60 år eller ældre er hhv. 34 og 35%. I visse specialer er andelen 50%.

Som følge af gentagne udvidelser i dimensioneringen af medicinstudiet og dermed flere færdiguddannede kandidater, forventes antallet af læger, der er klar til at starte en hoveduddannelse alt andet lige at stige i løbet af den kommende dimensioneringsperiode.

En særlig udfordring er, at Region Hovedstaden har besluttet at etablere endnu et Mor-Barn Center. Dette betyder etablering af både en Gynækologisk-Obstetrisk afdeling samt en Børneafdeling. Begge disse afdelinger skal bemannes, ligesom den lokale Anæstesiafdeling skal oprustes. En øget efterspørgsel på såvel speciallæger som uddannelseslæger må forventes at påvirke særligt Region Sjælland negativt.

Vurderes udviklingen i efterspørgslen af speciallæger de kommende år at være større eller mindre end det forventede udbud, jf. hovedscenariet Figur 10? Med hvilken begrundelse?

Efterspørgslen efter speciallæger samlet set har været stigende gennem de sidste mange år. Der er intet der tyder på, at dette vil ændre sig i den kommende dimensioneringsperiode. Det er dog ikke muligt at sige noget om stigningstakten og i alt og inden for de enkelte specialer.

Hvilke faktorer forventes at kunne få indflydelse på behovet for speciallæger?

Nedenstående faktorer kan medvirke til at ændre efterspørgslen i begge retninger:

- Generel befolkningstilvækst
- Den demografiske udvikling med en stigende andel af ældre, og deraf flere patienter med multisygdomme, kroniske sygdomme, demens og funktionelle lidelser
- En øget patienttilgang som følge af særlige fokusområder, ventetidsgarantier og tidlig opsporing af sygdomme
- Øget specialisering og behandlingsmuligheder, herunder øget kompleksitet af behandlingerne
- Øget centralisering som følge af omlægning og samling af funktioner
- Efterspørgsel på hurtig behandling af speciallæge og nye behandlinger
- Den teknologiske udvikling, herunder e-hospitaler og muligheder for at varetage egenkontrol
- Etablering af ”nær-hospitaler” og kontrol tættere på patienternes bopæl
- Ændrede/øgede ansvarsområder for almen praksis
- Sundhedsstyrelsens anbefalinger om øget tilstedeværelse døgnet rundt af en række specialer

- Øget ønske om deltidsansættelser blandt de uddannelsessøgende læger og speciallæger
- Øget afgang som følge af pensionering

Afsluttende kommentarer

Generelt anbefales det, at dimensioneringen bliver langt mere dynamisk og fleksibel, samt at den enkelte videreuddannelsesregion får et større råderum. Årsagen til denne anbefaling er, at såvel demografi, teknologi som politiske beslutninger medfører krav til hurtig omstilling i sundhedsvæsenet.

I bestræbelserne på at skabe bedre balance mellem efterspørgsel og udbud af speciallæger bør strukturelle faktorer afdækkes og følges nationalt, herunder konsekvenserne af nye behandlingsmetoder og ændret organisering i sundhedsvæsenet. Herudover bør det løbende vurderes, i hvilken grad stigningen i antallet af såvel læger under uddannelse som studerende har betydning for den samlede uddannelseskapacitet og ikke mindst uddannelseskvalitet. Sidst men ikke mindst bør det løbende vurderes, om det antal læger der uddannes, er det korrekte, samt om fordelingen mellem universiteterne er den rigtige. Dette skal også ses i lyset af, at Danmark er blandt de lande, der uddanner flest læger set i forhold til befolkningens størrelse.

Slutteligt skal det bemærkes, at begge regioner forventer, at den nyligt indgåede strategiske samarbejdsaftale mellem Region Sjælland og Region Hovedstaden også vil få stor betydning for fordeling og udnyttelse af uddannelseskapaciteten i Videreuddannelsesregion Øst og dermed også lægedækning i de lægedækningstruede områder.

På vegne af Videreuddannelsesregion Øst
Med venlig hilsen



Lise Møller
Sekretariatschef
lise.moeller@regionh.dk

Ad. dagordenspunkt 6: Nyt fra Region Sjælland, Region Hovedstaden, Færøerne og PKL

Sagsfremstilling:

De to regioner, Færøerne samt PKL orienterer kort om nyheder.

Indstilling:

Rådet bedes tage orienteringen til efterretning.

Ad. dagordenspunkt 7: Planlægning af ordinært møde tirsdag den 6. juni 2023

Sagsfremstilling:

Mødet er planlagt som et ordinært møde i tidsrummet kl. 14.00 til senest 17.00.

Indstilling:

Rådet bedes drøfte forslag til punkter ud over punkter i konsekvens af revisionsarbejdet.

Ad. dagordenspunkt 8: Eventuelt

Ordet er frit

Kommende møder

Tirsdag den 6. juni kl. 14.00 – 17.00 (NRLV 14. juni)

Torsdag den 14. september kl. 14.00 – 17.00 (NRLV 20. september)

Mandag den 4. december kl. 14.00 – 17.00 (NRLV 13. december)